

UNIVERSITÉ PARIS-SUD

FACULTÉ DE MÉDECINE KREMLIN-BICÊTRE

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

22

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves SOUBEYRAN

né le 23 mars 1938 à (78) Versailles

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA CHIRURGIE DE LA LITHIASSE BILIAIRE
CHEZ LE SUJET AGÉ

A propos de 158 cas

Président : M. André MONSAINGEON, Professeur

UNIVERSITÉ PARIS-SUD

FACULTÉ DE MÉDECINE KREMLIN-BICÊTRE

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves SOUBEYRAN

né le 23 mars 1938 à (78) Versailles

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA CHIRURGIE DE LA LITHIASE BILIAIRE
CHEZ LE SUJET AGÉ

A propos de 158 cas

Président : M. André MONSAINGEON, Professeur

THESE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Spécialité de Médecine)

THÈSE

de M. le Docteur en Médecine

Théodore de Saussure



CONFERMATION A L'ÉCRITURE

DE LA CHANCELLERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIEF DE CLINIQUE

A l'usage de l'ÉCRITURE

Théodore de Saussure

A ma femme,

qu'elle trouve ici le témoignage de ma gratitude
pour l'aide qu'elle m'a apportée ;

A mes enfants,

avec ma tendre affection.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550410_0007

A mon grand-père, le Docteur Frédéric GOGUEL,
Ancien externe des Hôpitaux de Paris,
In memoriam ;

A mon oncle, le Docteur Henri GOGUEL,
Ancien externe des Hôpitaux de Paris ;

A mon cousin germain, le Docteur Patrick LEENHARDT,
Ancien Interne des Hôpitaux de Marseille,
Chef de clinique-Assistant en chirurgie de
l'hôpital de la Timone à Marseille ;
Décédé à l'orée de sa carrière ;

En témoignage d'affection, dans la
poursuite d'un même but.

A mes parents,

que je chéris, en témoignage de mon amour filial ;

A ma famille,

avec toute mon affection.

A Monsieur le Professeur André MONSAINGEON,

qui a bien voulu m'honorer en acceptant la présidence
de cette thèse ;

En témoignage de déférente et profonde gratitude.

Au Docteur Philippe MONOD-BROCA,

qui m'a inspiré ce travail.

Puisse-t-il trouver ici le témoignage de mes sentiments
reconnaissants pour ses précieux conseils et l'humanité
de son enseignement.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Docteur CHAMPEAU,
Monsieur le Professeur LAMBLING,
Monsieur le Professeur ISRAEL-ASSELAIN,
Monsieur le Professeur DOMART,
Monsieur le Docteur ALBOT,

dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe ;

Monsieur le Docteur ROBERT,
Monsieur le Docteur SOUBRANE,
Monsieur le Docteur LAMARE,
Monsieur le Professeur MONSAINGEON,
Monsieur le Professeur DEBEYRE,
Monsieur le Docteur MONOD-BROCA,
Monsieur le Professeur LATASTE,
Monsieur le Professeur agrégé DUPARC,

dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne,

auxquels j'exprime mes sentiments respectueux et toute ma gratitude.

Aux Docteurs :

Brisset,
Chevillotte,
Boucher,
de la Fontaine,
Florent,
Kunlin,
Gruner,
Benoît,
Kénési,
Goutallier,
Patte,
Testas,
Goumet,
Lesourd,
Piédon,
Chabaneix,
Darcy,
Alnot,
Nordin,
Pidhorz,
Blanchard,

qui de diverses façons m'ont aidé durant
mon Internat,
avec mes remerciements.

A tous mes camarades,

A mes amis,

Qu'ils trouvent ici le témoignage de mon fidèle
souvenir.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA
CHIRURGIE DE LA LITHIASE BILIAIRE CHEZ
LE SUJET AGE
A PROPOS DE 158 CAS.

AVANT-PROPOS

La chirurgie des vieillards présente des aspects particuliers qui ne dépendant pas tant de l'âge que des divers facteurs pathologiques qui y sont associés.

Nous avons colligé pour ce travail, la totalité des 298 dossiers des malades hospitalisés pour lithiase biliaire, au cours d'une période s'étendant sur 5 ans 1/2, du 1er janvier 1965 au 30 juin 1970.

Ces dossiers proviennent pour moitié environ du service de chirurgie "A" de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre, dont le chef est notre maître, le Docteur Monod-Broca ; pour le reste, il s'agit des malades opérés dans le "privé" par le Docteur Monod-Broca et le Docteur Testas, son assistant à l'hôpital, que nous remercions de nous avoir ouvert leurs archives.

Il s'agit donc d'une série homogène au sein de laquelle on trouve 158 observations de sujets ayant 60 ans ou plus, soit 53 p. cent.

Nous avons adopté pour ce travail, après un court chapitre d'introduction, le plan suivant :

- étude de la casuistique ;
- étude des différents facteurs de gravité de la chirurgie biliaire pour lithiase chez le sujet âgé,
 - . en fonction de la maladie,
 - . en fonction du malade,
 - . en fonction de son traitement ;
- puis nous étudierons la morbidité ;
- enfin, nous analyserons les décès que nous déplorons et nous pouvons signaler d'emblée que nous en avons globalement 23, soit 7,71 p. cent.

Et nous concluerons, en essayant de répondre à la question déjà posée par Hollender et Weill :

"Doit-il y avoir une chirurgie biliaire particulière chez le sujet âgé ?"

INTRODUCTION

D'emblée, il importe de s'entendre sur la définition du "sujet âgé".

Sans suivre un humoriste qui définissait le vieillard comme "quelqu'un qui a dix ans de plus que vous", nous sommes surpris de constater qu'un grand nombre d'auteurs traite de gériatrie ou produise des statistiques, sans définir ce qu'ils entendent par vieillards ou sujets âgés, ou alors prennent des âges de limite inférieure des plus variables : pour certains, à partir de 50 ans, pour d'autres, à partir de 75 ans.

Cette imprécision ou cette variation explique certainement pour une grande part, les différences qui existent dans l'énoncé des résultats d'une statistique à l'autre.

Pour notre part, nous adopterons les quatre groupes d'âges proposés par l'organisation mondiale de la santé : ces quatre groupes sont les suivants :

- adultes de 16 à 59 ans ;
- gériatriques de 60 à 74 ans ;
- vieillards de 75 à 89 ans ;
- grands vieillards : 90 ans et au-dessus.

Cette répartition est certes discutable et arbitraire mais elle présente l'avantage d'être claire et internationale.

En fait, l'âge chronologique ne constitue pas toujours un guide très sûr pour apprécier l'âge physiologique. On sait qu'il y a des sujets qui paraissent plus âgés qu'ils ne le sont réellement, et vice-versa, fait qui a une importance toute particulière pour le chirurgien.

En effet, l'acte chirurgical sera toujours mieux supporté et l'on craindra moins de complications d'ordre général, si le malade, quoique d'un âge avancé, contribue par sa force de volonté et son désir de vivre à supporter les contingences propres à l'intervention, surtout s'il n'a pas trop de maladies associées à sa lithiase.

Il n'en reste pas moins vrai que le vieillissement des parenchymes, et la diminution de leur souplesse à l'adaptation d'un nouvel équilibre, même provisoire, que crée un acte chirurgical, contribuent à l'augmentation sensible de la morbidité et de la mortalité après 60 ans, comme en témoignent toutes les statistiques.

Ainsi, l'âge chronologique paraît un facteur important à envisager avant une intervention chirurgicale, mais non le seul, dans l'étude toujours aléatoire de l'âge physiologique et de l'appréciation du risque opératoire.

Salembier a proposé une classification, en matière de chirurgie biliaire, de ce risque opératoire en trois degrés.

Pour cela, le malade est défini par quatre rubriques :

- le terrain : caractérisé par l'âge, l'existence ou non d'une tare, l'alcoolisme, le psychisme ;
- l'état nutritionnel : apprécié par l'obésité ou l'amaigrissement, le diabète, l'ictère ;
- l'atteinte parenchymateuse : jugée sur l'existence ou non d'une cirrhose, d'une stéatose, d'une pancréatite, ou d'un cancer ;
- enfin, les conditions locales dont témoignent l'infection, la réintervention, l'urgence, la durée opératoire et la difficulté opératoire.

Chacune de ces quatre rubriques est cotée de 0 à 2 et le total caractériserait le risque. Pour Salembier, il varie ainsi :

- de 0 à 2 : le risque serait modéré ;
- de 3 à 4 : il serait notable ;
- au-dessus de 4 : il serait grave.

En fait, et particulièrement dans son troisième degré, cette appréciation du risque nous paraît assez imprécise.

Au cours de cette étude, nous essayerons, en effectuant des comparaisons avec l'adulte, de dégager les facteurs propres au sujet âgé qui aggravent le risque opératoire après 60 ans.

CASUISTIQUE

298 observations sont à la base de ce travail, correspondant à tous les sujets d'un âge supérieur à 16 ans, hospitalisés pour lithiase biliaire, durant une période de 5 ans et demi, soit du 1er janvier 1965 au 30 juin 1970.

157 malades furent suivis et traités dans le service de chirurgie "A" de l'hôpital de Kremlin-Bicêtre.

Ces malades provenaient de trois origines distinctes :

- du service des urgences chirurgicales ;
- des services de médecine de ce centre hospitalier ;
- directement des médecins correspondants.

On y dénombre :

- . 65 adultes ;
- . 92 sujets âgés de plus de 60 ans, soit 58 p. cent.

Parmi ces 157 malades, on déplore 16 décès, soit près de 10 p. cent, dont un seul adulte.

141 malades, tous opérés, le furent dans le privé par les docteurs Monod-Broca et Testas.

On y dénombre :

- . 75 adultes ;
- . 66 sujets âgés de plus de 60 ans, soit 46,8 p. cent.

Parmi ces 141 malades, on déplore 7 décès, soit 4,9 p. cent, parmi lesquels un adulte seulement.

La différence de mortalité entre ces deux secteurs semble être liée à plusieurs causes dont la plus importante nous paraît être la meilleure sélection des malades adressés au chirurgien dans le secteur privé. Et à ce propos, il nous faut remarquer qu'il n'y a qu'à l'hôpital que nous retrouvons 15 malades hospitalisés en chirurgie, et qui ne furent pas opérés pour des raisons diverses, que nous analyserons plus loin. Parmi ces 15 malades, signalons qu'on ne trouve qu'un seul décès.

Du point de vue tranche d'âge et sexe de nos malades, nous notons, dans le tableau I :

Tableau I

- 5 -

	HOMMES			FEMMES			Total
	Hop.	Privé	Total	Hop.	Privé	Total	général
Adultes	14	14	28	51	61	112	140
Gérontins (60-74)	14	16	30	35	39	74	104
Vieillards (75-89)	7	0	7	34	11	45	52
Grands vieillards (+ de 90)	1	0	1	1	0	1	2
Total	36	30	66	121	111	232	298

Notre sujet le plus jeune avait 19 ans, il s'agissait d'une Martiniquaise qui présentait cinq calculs vésiculaires sans aucune manifestation de maladie hémolytique.

Le plus âgé était une femme de 91 ans, diabétique, qui supporta allègrement une cholécystectomie pour pyocholécyste et sortit de l'hôpital au 11ème jour.

Ces chiffres confirment deux notions déjà classiques :

- d'une part : la fréquence de la lithiase augmente avec l'âge, en particulier chez l'homme parmi lesquels nous décomptons 38 sujets de plus de 60 ans pour 28 adultes ; chez les femmes la différence paraît proportionnellement moins grande semble-t-il : 120 femmes âgées pour 112 adultes ;

- d'autre part : la maladie lithiasique de la voie biliaire reste largement dominante chez les sujets du sexe féminin.

Chez nos malades, il y a quatre fois plus de femmes que d'hommes.

Pour ce travail, nous totalisons donc 158 cas de lithiase biliaire chez des personnes âgées et 140 cas de lithiase chez des adultes. Le nombre de cas voisins des adultes et des personnes âgées nous permettra de comparer facilement, à chaque pas, les deux groupes.

En fait, nous comparerons surtout les opérés, soit 144 sujets âgés de 60 ans et plus, et 139 adultes.

DIFFERENTS FACTEURS DE GRAVITE DE LA CHIRURGIE
POUR LA LITHIASIE BILIAIRE CHEZ LE SUJET AGE.

I - LA MALADIE

De toutes les maladies des voies biliaires, la lithiasie est de beaucoup la plus fréquente.

Sans vouloir étudier ici les mécanismes étiopathogéniques de l'origine des calculs biliaires avec l'âge, nous savons que la fréquence de la maladie lithiasique augmente régulièrement avec l'âge.

Il est certain, actuellement, que de nombreux malades ne consultent jamais, en raison d'une totale latence clinique pouvant se prolonger sur de nombreuses années, voire toute une vie. Cette notion classique a déjà été largement confirmée par le grand nombre de découvertes de la maladie lithiasique des voies biliaires soit fortuite lors d'examen radiologique, soit lors d'une laparotomie pour toute autre cause, soit encore par recherche systématique lors de l'autopsie comme le signalent de nombreux auteurs dans la littérature.

Il n'en reste pas moins que les caractères anatomo-pathologiques et symptomatiques confèrent à la maladie lithiasique des caractères de gravité chez le sujet âgé.

Sur le plan TOPOGRAPHIQUE

- Nous retrouvons comme tous les auteurs une *localisation VESICULAIRE* quasi constante chez nos 298 malades, nous décomptons 282 lithiases vésiculaires certaines et confirmées. Parmi les 16 dossiers restants, on trouve :

. 5 malades non opérés, sans lithiasie vésiculaire visible à la radiographie, mais toutefois avec une vésicule exclue ;

. 5 autres malades étaient des sujets réopérés pour lithiasie cholédocienne résiduelle ou récidivante, mais l'opérateur signale chez deux d'entre eux l'existence d'un gros moignon vésiculaire laissé en place après une "cholecystectomie" antérieurement pratiquée par un autre chirurgien ;

. Chez 4 malades, il n'est pas signalé dans le compte rendu opératoire, ni dans le dossier, si la vésicule est lithiasique ou non ;

. Ce n'est seulement que chez 2 malades sur 298 qu'il est précisé "vésicule non lithiasique" : il s'agit d'une part d'un jeune homme de 23 ans qui présentait une lithiase du canal hépatique gauche sans lithiase cholédocienne, et d'autre part d'une femme âgée de 82 ans qui fut opérée d'un calcul cholédocien, malheureusement décédée quelques jours plus tard d'un accident cérébral (obs. n° 18).

- Nos chiffres confirment également la fréquence accrue d'une localisation calculeuse *dans la VOIE BILIAIRE PRINCIPALE* chez le sujet âgé ; 67 de nos 298 malades présentaient cette topographie avec 62 lithiases de l'hépto-cholédoque ; 11 calculs de l'ampoule de Vater dont un chez un adulte.

. 58 fois, il y avait une double localisation : vésiculaire et voie biliaire principale ;

. Les 9 autres cas correspondaient respectivement à :
4 réinterventions pour lithiase ;
2 vésicules signalées non lithiasiques ;
3 vésicules dont le caractère lithiasique n'est pas précisé.

La répartition selon l'âge et le sexe se fait de la façon suivante :

- 18 hommes dont 6 adultes sur 28

12 sujets âgés sur 38 parmi lesquels
peuvent être décomptés :

7 gérontins sur 30

4 vieillards sur 7

1 grand vieillard sur 1.

On déplore deux décès sur douze (78 et 90 ans), soit 16,6 p. cent (obs. n° 13 et n° 23).

- 49 femmes dont 5 adultes sur 112

44 sujets âgés sur 120 se répartissant en

30 gérontins sur 74

14 vieillards sur 45.

Il y eut 4 décès sur 44 (66, 70, 74 et 82 ans) soit 9,9 p. cent. (obs. n° 3, n° 6, n° 10, n° 18).

Soit globalement 11 lithiases de la voie biliaire principale pour 140 adultes soit 7,8 p. cent, contre 56 pour 158 sujets âgés soit 35,4 p. cent.

Cette fréquence de la lithiasie de la voie biliaire principale chez le sujet âgé que rapportent tous les auteurs, semble être essentiellement la conséquence de l'augmentation de la durée moyenne de vie qui, se prolongeant, laisse de plus en plus de temps à un ou plusieurs calculs, d'origine vésiculaire, d'effectuer leur migration canalaire, alors que leur présence était jusque là plus ou moins silencieuse.

Le nombre de calculs présents dans la voie biliaire principale ne semble guère influencé par l'âge. Le calcul unique ou l'empierrement cholédocien se retrouve avec la même fréquence dans toutes les tranches d'âge.

A l'opposé, la dilatation cholédocienne est d'existence fréquente chez le sujet âgé :

En effet, chez 67 de nos malades qui présentaient une dilatation de la voie biliaire principale radiologiquement ou de constatation per-opératoire, on décompte :

7 adultes sur 140 avec 4 lithiases de la voie biliaire principale et 2 anomalies du carrefour Wirsung-cholédocien. Une seule dilatation reste inexpiquée, d'autant que le sujet, adulte, qui la portait avait des pressions normales à la manométrie.

60 sujets âgés sur 158, soit près de dix fois plus que d'adultes :

. 35 fois il existait une lithiasie du cholédoque ou de l'ampoule de Vater.

. 3 malades ne furent pas opérés mais la clinique et la radiologie n'étaient pas en faveur d'une lithiasie canalaire ;

. 1 sujet était atteint de cancer du pédicule, d'origine vésiculaire, associé à la lithiasie.

. Pour les 21 autres, on peut parler d'atonie cholédocienne car la dilatation ne s'accompagnait ni d'obstruction basse ni de perturbation manométrique.

Cette participation canalaire dans la maladie lithiasique, sensiblement plus fréquente chez le sujet âgé est certainement un facteur de gravité à un triple point de vue :

- d'une part, elle favorise la survenue de complications redoutables à cet âge, telle l'angiocholite ;

- d'autre part, elle conduit à pratiquer un acte chirurgical plus important qu'une simple cholécystectomie ;

- et enfin, elle est toujours une menace de calcul oublié qui imposerait une réintervention toujours plus difficile et de plus sombre pronostic.

Il nous paraît donc important d'insister une fois de plus sur la nécessité d'opérer à temps toute lithiasse vésiculaire symptomatique.

Rappelons que les 6 décès à déplorer sur les 67 malades qui présentaient une lithiasse de la voie biliaire principale, étaient tous des sujets âgés de plus de 65 ans.

A côté de la topographie, le retentissement sur le complexe pancréato-biliaire et les manifestations cliniques propres à chaque localisation peuvent être autant d'éléments de gravité chez un sujet âgé.

Beaucoup d'auteurs, dont Champeau et Glenn, signalent la grande fréquence des lésions oddiennes ou pancréatiques associées, qu'il y ait ou non localisation cholédocienne de la maladie lithiasique.

En ce qui concerne l'Oddite, deux raisons étiopathogéniques peuvent être invoquées :

- d'une part l'irritation oddienne soit directement par passage ou contact de calcul, soit indirectement par voie nerveuse d'autant plus que la lithiasse est ancienne ;

- d'autre part, par la tendance sclérosante générale propre au vieillard.

Champeau signale 20 p. cent d'Oddite patente chez le vieillard (25 cas sur 130). Pour notre part, nous ne retrouvons que 2 cas chez 140 adultes, soit 1,5 p. cent, contre 7 cas chez 158 sujets âgés, soit 4 p. cent, se divisant en :

- 4 oddites scléreuses; . 2 hommes

- . 2 femmes

- 1 Oddi infranchissable par extension d'un cancer vésiculaire chez une femme de 72 ans décédée dans les suites opératoires (obs. n° 9) ;

- 2 phimosis de la papille chez 2 gérontins.

Cette grande différence dans le nombre de cas tient peut être au fait que l'opérateur, dans son compte rendu opératoire, s'attache peu à décrire l'état de l'Oddi d'autant que, comme nous le verrons, l'indication de la sphinctérotomie a été assez large.

Il n'en reste pas moins que parmi nos 9 malades, on dénombre 7 gérontins, le plus âgé étant une femme de 74 ans.

En ce qui concerne le retentissement pancréatique, il ne s'agit pas tant de pancréatite aiguë souvent révélatrice de la maladie lithiasique, en particulier chez l'adulte (12 cas contre 4 cas chez des

sujets âgés dont 3 d'entre eux n'avaient qu'une manifestation biologique franche), que de pancréatite chronique qui, à l'opposé, serait très fréquente chez les sujets âgés en raison de l'ancienneté de l'évolution de la lithiase.

En fait, dans notre série, seulement 4 cas sont rapportés par l'opérateur. Il s'agit de trois adultes dont paradoxalement deux n'avaient pas atteint la quarantaine. Nous pouvons invoquer, nous semble-t-il, la même explication que pour les oddites.

Le retentissement biologique hépatique

Il n'a pas été étudié systématiquement chez nos malades et l'appréciation de ce facteur en est, par suite, difficile.

De plus, il n'est pas aisé dans nos observations de faire la part de ce qui revient au retentissement pur de la lithiase sur le foie, à une altération antérieure à la lithiase, due à une intoxication éthylique en particulier ; (nous verrons plus loin dans l'étude du "malade" les cirrhoses toxiques associées) et aux retentissements intriqués de la lithiase et d'une intoxication sur les fonctions hépatiques.

Nous retrouvons seulement 26 malades chez qui fut pratiquée une étude biologique globale des fonctions hépatiques : 3 hommes, 23 femmes, et parmi eux, 9 adultes et 17 sujets de 60 ans ou plus.

- Parmi les 9 adultes, on retrouve :

. 8 sujets ictériques,

- . dont 1 seule lithiase hépato-cholédocienne certaine retrouvée à l'intervention ;
- . une autre malade fut opérée d'urgence dans un tableau d'angiocholite et de péritonite biliaire sans que l'opérateur signale l'existence ou non d'une lithiase canalaire. Il s'agissait d'un très mauvais risque, et la malade est décédée (obs. n° 1).
- . 5 sujets ne présentaient qu'une lithiase vésiculaire sans localisation hépato-cholédocienne retrouvée à l'intervention. Ces sujets eurent des ictères d'intensité modérée et fugaces durant 48 à 72 heures.
- . La dernière malade eut un ictère modéré avec une vésicule exclue déjà connue ; l'intervention était prévue après un accouchement prochain, mais la malade ne fut pas revue.

. 1 adulte n'était pas ictérique et présentait une perturbation modérée des tests biologiques avec une lithiase purement vésiculaire, sans éthylisme signalé.

- Parmi nos 17 sujets âgés, il y avait :

. 16 ictériques,

- . dont 6 lithiases de la voie biliaire principale avec 1 décès survenu un an plus tard, par cancer associé (obs. n° 11) ;
- . 8 lithiases vésiculaires sans localisation canalaire, mais 4 avaient un cancer régional et décédèrent (3 cancers vérifiés histologiquement : obs. n° 9, n° 15, n° 19 ; et 1 très probable : obs. n° 14).

3 avaient une complication aiguë : pyocholécyste, cholécystite aiguë purulente avec péritonite, et un syndrome d'ictère rétentionnel typique sans anomalie à la radionucléométrie peropératoire, si ce n'est un gros cholédoque justifiant une cholédoco-duodénostomie.

la dernière malade ne fut pas opérée, elle fut étiquetée cholécystite aiguë avec ictère modéré et fugace, bien influencée par le traitement médical.

- . 1 sujet de 88 ans chez qui l'on craignait une lithias cholédocienne refusa l'intervention.
- . Le dernier sujet ictérique est à la limite de notre étude, car on ne retrouva aucune lithias, bien qu'il ait été opéré par deux fois, ailleurs, d'une lithias biliaire avec empiement cholédocien. Ce malade est décédé (obs. n° 8).

. 1 seul sujet de 71 ans n'était pas ictérique et présentait une lithias vésiculaire ancienne ; les fonctions hépatiques étaient globalement perturbées, mais il faut signaler que ce malade était éthylique.

Ainsi, sur 26 sujets chez qui furent étudiées les fonctions biologiques hépatiques, nous trouvons 24 ictériques, parmi lesquels 9 malades n'avaient pas d'obstruction de la voie biliaire principale lors de l'intervention : 5 adultes sur 8

4 sujets âgés sur 16.

Sur ces 26 malades, il nous faut déplorer 7 décès dont 6 chez des sujets âgés. En se reportant aux observations, on constate que l'insuffisance hépatique n'a pas été la cause principale du décès.

Certaines Manifestations CLINIQUES sont par leur substratum également des facteurs de gravité de la maladie lithiasique.

Avant leur analyse, il nous faut rappeler que la lithiase des sujets âgés n'est pas dans l'immense majorité des cas de constitution tardive, mais qu'il s'agit d'une lithiase tardivement révélée, ou trop souvent encore, tardivement présentée au chirurgien, au stade de complications aiguës.

Nous retrouvons dans notre série 139 malades qui signalent un début à leurs maux antérieur à un an, parmi ceux-ci, 67 avaient plus de 60 ans, et parmi eux 32 se savaient porteurs depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, d'une lithiase biliaire dont 7 cholédociennes.

- un syndrome douloureux atypique et trompeur est retrouvé chez 163 malades dont 89 sujets âgés ;

- la symptomatologie de la lithiase de la voie biliaire principale ne nous paraît guère différer chez nos adultes et nos sujets âgés.

20 cas seulement étaient totalement asymptomatiques sur 67 :

3 adultes sur 11 et 17 sujets âgés sur 56 soit grossièrement le même pourcentage.

Mais, sur : 139 adultes, on retrouve 3 lithiases muettes de la voie biliaire principale, soit 2 %, alors que chez 144 sujets âgés, nous en comptons 17 soit 11,9 %.

Ces chiffres rappellent la nécessité à tous les âges de rechercher ces localisations canalaïres en pré-opératoire par la cholangiographie intra-veineuse et en per-opératoire par l'exploration radiomanométrique.

Des manifestations ictériques ont été retrouvées 101 fois : chez 32 adultes et 69 sujets âgés.

- Chez nos 32 adultes ictériques sur 140, on retrouve :

- . 8 lithiases de la voie biliaire principale ;
- . 23 lithiases vésiculaires ayant entraîné :

13 fois un subictère très fugace ;

10 fois un ictère généralisé d'intensité modérée. 5 de ces cas soulevèrent l'hypothèse diagnostique d'une simple migration calculeuse devant un syndrome angiocholitique bref, de petits calculs vésiculaires et une poussée biologique de pancréatite.

- . 1 adulte ne fut pas opéré.

- Parmi nos 69 sujets âgés ictériques sur 158, nous retrouvons :

- . 39 lithiases de la voie biliaire principale ;
- . 27 lithiases vésiculaires ;

5 de ces malades avaient un rétrécissement de la voie biliaire principale, 4 fois par un cancer régional, 1 fois par infiltration pédiculaire majeure. Ces 5 malades sont décédés (obs. n° 9, n° 12 n° 14, n° 15, n° 19) dont 1'un 4 mois après l'opération (obs. n° 12)

Parmi les 22 autres sujets âgés ictériques sans lithiasé canalaire, on dénombre :

13 fois un subictère très fugace ;

7 ictères ayant fait évoquer le diagnostic de migration calculeuse sans confirmation opératoire ;

1 ictère rattaché à un ampullome que ne confirma pas l'intervention ;
et enfin, l'observation n° 8 : ce malade déjà évoqué et qui est à la limite de notre étude.

. Enfin, 3 malades ne furent pas opérés.

Tout comme les manifestations ictériques, les ascensions thermiques sont plus fréquentes chez les sujets de 60 ans et plus :

81 fois chez 158 contre 46 fois chez 140 adultes.

Il en est de même pour les manifestations atypiques d'accompagnement telle une subocclusion, qui sont également retrouvées plus fréquemment chez le sujet âgé.

Parmi les signes radiologiques, nous retrouvons :

- 26 lithiases vésiculaires radiologiquement opaques dont 19 fois chez un sujet âgé ;

- 98 fois une vésicule exclue dont 64 fois chez le sujet âgé ;

- quant à la pneumobilie ou aérobie, elle n'est retrouvée dans aucune de nos 298 observations en pré- ou post-opératoire, bien qu'on y découvre 3 fistules bilio-digestives chaque fois chez des sujets âgés (2 cholécysto-duodénales et une cholécysto-colique).

Plus intéressante est l'analyse de nos complications aiguës :

- 40 cholécystites aiguës ont été trouvées chez :

. 14 adultes et 26 sujets âgés ; 8 fois la lithiasé vésiculaire s'associait à une lithiasé cholédocienne : 2 adultes, 4 gérontins, 2 vieillards.

. 34 malades furent opérés et 25 d'entre eux eurent des suites simples, 7 par contre dont 5 sujets âgés eurent des complications post-opératoires dominées par des ennuis pariétaux et une embolie pulmonaire.

2 décès sont à déplorer, pour des malades de 69 et 80 ans (obs. n° 5 et n° 20) dont un décès 9 mois après l'opération (obs. n° 5).

. 6 malades ne furent pas opérés : 5 furent récusés en raison du "terrain", tous au-dessus de 75 ans, et un refus à l'opération pas de décès.

Nous pensons toutefois que les cholécystites aiguës doivent être opérées, mais pas toujours d'urgence.

- 20 pyocholécystes

chez 7 adultes et 13 sujets âgés, dont 1 grand vieillard de 90 ans.

Chaque fois, il y avait lithiase vésiculaire et 2 fois calcul de l'ampoule de Vater.

19 cholécystectomies furent pratiquées, 17 malades eurent des antibiotiques en post-opératoire immédiat.

On ne déplore qu'un abcès de paroi chez un adulte obèse ;

La 20ème malade, Madame LEG..., 87 ans, présente une histoire un peu particulière : pyocholécyste probable, refroidi aux antibiotiques ; refus catégorique de toute intervention par cette femme sénile que l'on ne cherche pas à convaincre. A sa sortie, un mois et demi plus tard, elle retourne dans son hospice en bon état local.

- 14 hydrocholécystes dont 13 femmes et 6 sujets âgés :

. 12 cholécystectomies furent pratiquées avec 11 fois des suites simples, 1 occlusion paralytique régressive, et un abcès pariétal ; aucun décès.

. 2 cholécystostomies de drainage en urgence : un décès (obs. n° 17), malade de 82 ans, la deuxième malade était une femme de 32 ans qui eut des suites simples.

Au total, on retrouve 74 complications vésiculaires aiguës, dont 45 chez des sujets âgés soit 60,8 %, ayant conduit à 67 interventions avec 3 décès, tous chez des sujets de plus de 69 ans.

Parmi les autres complications aiguës de la maladie lithiasique, nous relevons :

- 5 péritonites biliaires soit globalement 1,7 % ;

. chez 4 sujets âgés : 2 péritonites généralisées dont 1 chez une femme de 84 ans avec lithiase cholédocienne associée, les

suites furent simples.

2 péritonites étaient cloisonnées et l'une chez une malade opérée en deux temps, qui présentera une éventration pariétale.

1 seule malade, adulte de 53 ans, multi-tarée, sera opérée dans un tableau d'angiocholite urémigène et péritonite généralisée, décès le lendemain de l'intervention (obs. n° 1).

- 2 angiocholites urémigènes seulement sont retrouvées chez nos 298 malades : 1 gérontin de 70 ans, et une adulte de 53 ans, tous les deux décédés (obs. n° 1 et n° 8).

- 5 calculo-cancers soit globalement 1,7 % :

5 sujets âgés au-dessus de 72 ans dont 4 vieillards ; tous sont décédés assez rapidement dans les suites opératoires (obs. n° 9, n° 11, n° 12, n° 14, n° 15) qui étaient atteints de cancer de la vésicule avec lithiasse.

Signalons que dans cette rubrique, nous éliminons les cancers métastatiques du hile hépatique, ainsi que ceux de la papille ou de la tête du pancréas, facteur de stase cholédocienne pouvant engendrer une lithiasse biliaire.

Il nous paraît légitime avec d'autres auteurs de considérer la lithiasse vésiculaire comme une maladie pré-cancéreuse. Le taux de cancer ultérieur augmentant avec l'âge et pouvant atteindre pour GLENN 8,9 % après 75 ans, mais CHAMPEAU dans sa série de 130 sujets de plus de 70 ans, ne retrouve qu'un calculo-cancer.

Quant à la complication redoutable que réalise le calcul dit "résiduel" de la voie biliaire principale, avec JULIEN, MERCADIER, HEPP, nous entendons, sous ce vocable, tous les cas de lithiasse observés après une première intervention sur les voies biliaires, quelle que soit la nature de cette première intervention.

Nous pouvons en dénombrer 10 dans notre série de 298 malades.

- 2 de nos malades sont à la limite :

. M. PUI..., 62 ans : lithiasse vésiculaire, cholécystectomie dans le service, à la radiomanométrie de principe, image suspecte : l'exploration par cholédocotomie reste infructueuse, drain de Kehr, mais la cholangiographie par le drain au 10ème jour révèle toujours la même image suspecte du bas cholédoque. Ablation du drain, suites rapidement satisfaisantes : s'agit-il d'un calcul oublié ou d'un artefact radiologique ?

. Mme HAM..., 71 ans : Cholécystectomie dans le service en 1965 pour cholécystite aiguë. A la radiomanométrie, pas

de passage duodénal, toutefois celui-ci paraît facile à l'explorateur après cholédocotomie. Lors de deux cholangiographies post-opératoires par le Kehr au 8ème et au 14ème jour, se pose le problème diagnostique de 2 calculs cholédociens méconnus. La méthode de PRIBRAM appliquée aboutit à un échec.

Réintervention un mois plus tard : on ne retrouve aucun calcul : on pratique une sphinctérotomie de sécurité et drain de Kehr ; les suites sont lentes et difficiles ; à la nouvelle cholangiographie, toujours la même image.

Revu 20 mois plus tard : aucune manifestation biliaire : lithiasse oubliée ou fausse image ?

- Un de nos malades a eu une lithiasse sciemment laissée en place lors d'une première intervention pour péritonite biliaire cloisonnée. La cure de la lithiasse fut effectuée 5 mois plus tard (M. KAC..., 61 ans).

- 3 malades eurent sûrement des calculs oubliés :

. Mme THO..., 50 ans : réopérée 5 semaines plus tard d'un calcul méconnu dans le canal hépatique gauche ; cette malade avait été opérée la première fois ailleurs ;

. Mme MAS..., 62 ans : lithiasse méconnue révélée par la cholangiographie post-opératoire effectuée par le Kehr. Réintervention après échec de la méthode de PRIBRAM.

. Mme FAU..., 62 ans : Réintervention au 16ème mois, mais dès le 4ème mois, la malade présentait des accès d'angiocholite ; cette malade fut opérée les deux fois dans le service, la radiographie per-opératoire lors de la première intervention avait été rendue ininterprétable par un lavement baryté récent.

- 2 malades peuvent poser le problème d'une lithiasse récidivée :

. M. PRI..., 90 ans :

En 1961 : cholécystectomie-cholédocotomie ; faite ailleurs.

En 1969 : ictère fébrile régressif ; nouvelle intervention : on pratique l'exérèse d'un volumineux moignon vésiculaire et une sphinctérotomie d'extraction pour énorme calcul de l'ampoule de Vater. Décédé au 3ème jour (obs. n° 23).

. Mme BUT..., 75 ans :

En 1965 : cholécystectomie-cholédocotomie, sphinctérotomie pour lithiasse ; faite ailleurs ;

En 1970 : lithiasse du cholédoque de découverte radiologique à l'occasion d'un syndrome douloureux batard : on pratique une anastomose cholédoco-jéjunale ; les suites sont simples.

- Une lithiase fut méconnue chez Mme GUE..., 32 ans.

En 1965, par un autre chirurgien : "cholécystectomie, à la radio-manométrie, bulle d'air dans le cholédoque avec pressions de passage normales". 4 mois plus tard, subictère fébrile et douloureux conduisant en 1966 à l'ablation de 5 calculs cholédociens ; suites simples.

- Reste un malade opéré 3 fois : M. LON..., 70 ans.

En 1957 : cholécystostomie, puis cholécystectomie ;

En 1963 : cholédocotomie idéale pour extraction de 7 calculs.

Nous le voyons pour la première fois en 1965 : poussée d'angiocholite urémigène et de pancréatite, mais on ne retrouve pas de lithiase à l'intervention, imposant une double sphinctérotomie à visée biliaire et pancréatique. Le malade est décédé subitement le lendemain, il n'y a pas eu de vérification (obs. n° 8). Nous n'avons conservé, dans ce travail, cette observation de lithiase des plus douteuses, qu'en raison de son issue fatale.

Au total, sur 10 malades, nous retrouvons 8 sujets âgés dont 2 décédés (obs. n° 8 et n° 23). 5 de ces malades étaient de "première main", 5 sujets avaient été opérés la première fois par d'autres chirurgiens.

Sur les 5 malades de "première main", il n'y a que deux observations certaines de calcul méconnu de la voie biliaire principale, soit un taux inférieur à 1 % (0,7 %) des lithiases biliaires opérées et environ 3 % des lithiases de la voie biliaire principale.

Au terme de cette analyse, la maladie lithiasique nous apparaît plus grave par elle-même chez le sujet âgé, d'une part par la fréquence accrue de la double localisation vésiculaire et canalaire : 35,4 % contre 7,8 % chez l'adulte et d'autre part parce que trop souvent les lithiasiques devenus âgés sont adressés au chirurgien au stade de complications alors que la maladie évolue de manière patente depuis plusieurs années et que les explorations radiologiques furent négligées pour se contenter d'un traitement symptomatique contre la douleur et la dyspepsie.

II - LE MALADE

Il est classique de dire qu'une intervention chirurgicale, quelle qu'elle soit, chez le sujet âgé est toujours plus grave que chez l'adulte.

Deux facteurs de gravité sont invoqués en gériatrie : d'une part l'altération de l'organisme par les processus de vieillissement qui entraîne une diminution de la fonction d'organes tels que le coeur, les reins, les poumons et le cerveau ; d'autre part, le grand nombre de tares surajoutées.

Tous les auteurs préconisent donc un bilan général pré-opératoire plus rigoureux chez le sujet âgé, à l'affût de la moindre décompensation subclinique d'une grande fonction vitale. Mais, d'accord avec beaucoup de gériatres, nous attachons de l'importance à l'état psychologique du futur opéré âgé.

Nous avons étudié différents aspects du "terrain" chez nos 298 malades, afin d'essayer de dégager leur influence sur l'aggravation du pronostic chez un sujet âgé.

Des affections cardio-vasculaires

- 80 malades en présentaient :

17 adultes sur 140, soit 12,1 %, dont 16 femmes et 63 sujets âgés sur 158 soit 39,9 % dont 47 femmes, parmi lesquels 6 vieillards entre 75 et 89 ans ont été récusés pour la chirurgie.

Il s'agissait essentiellement de maladies coronariennes, angor ou infarctus du myocarde récent ou d'hypertension artérielle.

- 74 cardiopathes, ayant souvent d'autres tares associées, ont donc été opérés : Quelles furent leurs suites opératoires ?

. Parmi les 17 adultes, on retrouve :

- . 2 décès, soit 11,7 %, malades de 53 et 56 ans (obs. n° 1 et n° 2), mais il nous faut souligner que ces 2 malades étaient "polytarés" ;
- . 13 malades eurent des suites considérées comme simples, soit 76,4 % ;

. 2 adultes eurent des suites compliquées, soit 11,7 % :

une embolie pulmonaire non mortelle chez une femme de 53 ans angineuse ;

une femme de 54 ans présente une complication biologique d'un diabète.

. Parmi les 57 sujets âgés opérés :

. On déplore 9 décès, soit 15,5 % (obs. n° 4, n° 8, n° 10, n° 11, n° 12, n° 13, n° 18, n° 22, n° 23). ; 1 grand vieillard de 90 ans, 5 vieillards et 3 gérontins.

La cause du décès fut 3 fois un accident respiratoire aigu, 2 fois un accident cérébral, et 4 fois la cause resta imprécise.

. On peut considérer que 39 sujets âgés, soit 68,4 %, eurent des suites simples ou seulement émaillées d'incidents mineurs, ne retardant pas leur réintégration dans leur milieu social antérieur.

Toutefois, nous devons mettre à part le cas de cette femme de 80 ans qui, après des suites tout à fait satisfaisantes, fit une poussée d'insuffisance cardiaque à l'issue du deuxième mois, ce qui imposa sa réhospitalisation en milieu cardiologique.

. Restent 9 cardiopathes âgés dont les suites opératoires furent compliquées :

d'un infarctus myocardique au 2ème jour chez une femme de 75 ans qui cependant guérit ;

d'une embolie pulmonaire ;

d'une erreur de réanimation chez une femme de 85 ans, heureusement sans conséquence ;

de 4 abcès pariétaux ;

de 4 réinterventions précoces :

2 pour lithiase oubliée ;

2 pour complication pariétale.

Il apparaît donc qu'une cardiopathie bien équilibrée et contrôlée en pré-, per-, et post-opératoire ne constitue pas une contre-indication majeure chez le sujet âgé, surtout si elle est isolée.

Des affections respiratoires

Elles sont retrouvées chez 71 de nos malades : 24 adultes, chez 6 desquels furent pratiquées des épreuves fonctionnelles respiratoires, et une gazométrie.

5 de ces sujets adultes ^{testés} avaient des fonctions à la limite de la normale et compensées ; un seul présentait une grosse

insuffisance respiratoire, ce qui ne l'empêcha pas d'avoir des suites normales.

Un seul adulte, bronchitique chronique, présenta une poussée évolutive rapidement jugulée en post-opératoire.

On ne déplore aucun décès.

- 47 sujets âgés dont 28 gérontins sur 104

18 vieillards sur 52

et 1 grand vieillard sur 2

présentaient des antécédents ou une affection broncho-pulmonaire largement dominée par les bronchites chroniques à recrudescence hivernale.

21 de ces sujets subirent une gazométrie et l'on pratiqua des explorations fonctionnelles pulmonaires pour la majorité d'entre eux (en effet, certains ne coopérèrent pas à l'examen) ce qui nous permit de constater 5 insuffisances respiratoires notables, dont une majeure avec un déficit ventilatoire supérieur à 60 % : ce malade de 90 ans est décédé au 3ème jour post-opératoire d'insuffisance respiratoire aigüe, malgré son transfert immédiat en centre spécialisé (obs. n° 23).

Parmi les 46 autres sujets âgés qui nous posèrent des problèmes sur le plan respiratoire, on déplore :

. 5 autres décès (obs. n° 8, n° 10, n° 13, n° 18, n° 22), tous sujets de plus de 70 ans ;

2 par complications pleuro-pulmonaires ;

2 par accident cérébral ;

1 mort subite restée inexpliquée ;

. 4 malades présentèrent des complications respiratoires non mortelles :

2 encombrements bronchitiques ;

1 épanchement pleural droit ;

1 embolie pulmonaire chez un variqueux que l'on peut mettre à part.

Il apparaît donc que l'appareil respiratoire doit susciter plus d'information et de préoccupation que celle du cliché standard pulmonaire, en particulier chez le sujet âgé de plus de 70 ans, puisque dans notre série, nous déplorons 6 aggravations notables de l'état broncho-pulmonaire dont 3 mortelles.

Des bronchopneumopathies, nous pouvons rapprocher les affections vasculaires, responsables d'embolies pulmonaires.

Nous voulons parler :

- de la maladie thrombo-embolique ;

- des varices des membres inférieurs.

- Des antécédents phlébo-emboliques ont été retrouvés 19 fois dont 13 fois chez des sujets âgés ; en particulier une femme grabataire pour syphilis tertiaire eut des suites opératoires simples.

Sur 18 opérés, on ne déplore qu'une phlébite post-opératoire compliquée d'embolie pulmonaire survenue au 10ème jour, sans suite, malgré un traitement anti-coagulant institué dès le 3ème jour. Soulignons qu'il s'agissait d'une adulte variqueuse dont le taux de prothrombine fut difficile à équilibrer.

Nous verrons plus loin ce que nous pensons et ce que nous attendons du traitement anticoagulant.

- Pour les *varices des membres inférieurs*, on en a retrouvé 18 fois, toujours chez des femmes, dont seulement 6 adultes et 12 sujets âgés.

3 furent opérées dans le même temps de leurs varices sans ennui ;

toutes furent l'objet d'un lever précoce et d'une surveillance attentive de la crase sanguine ; 6 seulement furent soumises au traitement anti-coagulant post-opératoire, dont 5 gérontines ;

Chez ces 18 malades, nous en trouvons 6 qui présentèrent des complications post-opératoires pouvant être en rapport avec leurs varices, il y avait 5 gérontines et 1 adulte :

- . une hémorragie pariétale au niveau de l'orifice de drainage chez une femme de 63 ans peut être due ou favorisée par le traitement anti-coagulant institué de principe ;
- . 2 phlébites des membres inférieurs sans embolie pulmonaire, imposant l'institution de traitement à base de dérivés dicoumariniques ;
- . 3 malades présentèrent une embolie pulmonaire dont une femme de 66 ans décédée (obs. n° 3).

Sur ce petit nombre, il nous semble que la menace d'embolie pulmonaire mortelle est aussi lourde chez le sujet âgé que chez l'adulte, justifiant sur les malades prédisposés, la même surveillance et les mêmes préoccupations.

Il existait une pathologie urinaire chez 24 malades :

9 hommes et 15 femmes ;

7 adulte sur 140 et 17 sujets de 60 ans ou plus sur 158.

Il s'agit de :

- 6 insuffisances rénales modérées à traduction essentiellement biologique chez 3 gérontins et 3 vieillards avec 1 décès dans chaque groupe en post-opératoire :

- . 1 accident cérébral (obs. n° 18) ;
- . 1 déséquilibre grave hydro-électrolytique chez une femme de 70 ans refusant sa réanimation (obs. n° 6) ;
- . 1 malade de 88 ans ne fut pas opérée.

- 5 infections urinaires récidivantes, sans cause évidente ;
- 4 lithiases rénales dont l'une avait imposé antérieurement une néphrectomie gauche ;

- 5 pathologies prostatiques sans retentissement rénal, dont un décès par complication respiratoire chez un homme de 78 ans traité par distilbène pour cancer de la prostate (obs. n° 13) ;

- 2 néphrites aiguës récentes dans les antécédents dont une femme de 69 ans ;

- 1 tuberculose rénale considérée comme guérie depuis 4 ans chez une femme de 74 ans ;

- 1 petit rein pyélo-néphritique et infecté chez une femme de 59 ans qui subit dans le même temps une néphrectomie et qui est décédée d'inondation ventriculaire (obs. n° 2).

En dehors des 4 décès rapportés et qui ne peuvent pas être dus à la tare urinaire, on ne retrouve dans les suites opératoires de nos malades que 2 infections chez des sujets ayant eu une sonde à demeure.

Ainsi, l'état rénal, comme l'état cardiaque, est certes important à considérer, mais ne semble pas être un facteur d'aggravation notable chez le sujet âgé, du moment qu'il est parfaitement apprécié, surveillé et contrôlé.

L'atteinte cérébrale par contre nous apparaît toute différente, non tant sur le plan moteur que sur le plan psychique.

Nous trouvons 15 malades qui ont eu des *antécédents cérébro-méningés* dont 8 hémiplésiques :

- 3 femmes adultes, dont 2 avaient déjà eu une hémiplégie ; l'une d'elles avait été ainsi atteinte 15 jours auparavant, et est décédée 24 heures après l'intervention pratiquée d'urgence pour angiocholite urémigène et péritonite biliaire (obs. n° 1) ;

- 12 sujets âgés, se répartissant en :

- . 6 gérontins (5 femmes et un homme), tous opérés ; un décès est à déplorer (obs. n° 4) ;

- . 6 vieillards (4 femmes et 2 hommes) ; 3 furent récusés pour la chirurgie et eurent des suites immédiates satisfaisantes sous traitement médical ; 3 furent opérés, mais on déplore 2 décès (obs. n° 11 et n° 19), mais tous 2 furent tardifs, il s'agissait de 2 cancers bilio-pancréatiques.

Mais surtout, la *sénilité* fut notée chez 12 malades : elle allait de la simple passivité avec désorientation temporo-spatiale à la psychopathe qui refuse toute coopération :

- . 2 gérontins de 72 et 73 ans dont 1 décès (obs. n° 9) chez une femme porteuse d'un cancer du hile ;

- . 10 vieillards au-dessus de 78 ans ;

5 furent récusés en partie en raison de leur état sénile avancé, avec un décès (obs. n° 16) chez une grabataire.

Parmi les 5 opérés, 3 sont décédés (obs. n° 17, n° 18, n° 19).

Il est certain que la sénilité n'est pas la cause directe de la mort de nos 5 malades, mais elle limitait l'action de toute l'équipe chirurgicale dans la lutte que celle-ci menait.

Parmi les maladies métaboliques, nous trouvons :

- 68 malades *obèses* :

- . 8 hommes sur 66 soit 12,1 %, se répartissant en :

- . 3 adultes, sur 28, opérés dont 2 avec ^{des} suites simples ; notons que le 2ème était un sujet de 57 ans, diabétique, et grand insuffisant respiratoire. Le 3ème eut une éviscération après réintervention précoce.

- . 5 sujets âgés sur 38 : 4 gérontins et 1 vieillard :

- 1 décès (obs. n° 5), obèse, plusieurs fois opéré de l'abdomen en quelques mois, en particulier d'une éviscération ;

- 2 suites simples sur le plan pariétal ;

- 2 malades furent réopérés pour début d'éviscération.

Au total, 4 hommes obèses sur 8 eurent une cicatrisation pariétale défectueuse.

- . 60 femmes sur 232, soit 25,8 %

- . 35 adultes sur 112, toutes opérées dont nos 2 seules adultes décédées (obs. n° 1 et n° 2).

27 malades eurent des suites simples tandis que nous eûmes 6 complications pariétales :

- 2 abcès de paroi sans autre complication ;

- 4 réinterventions soit 8 %, pour éviscération précédée d'hématome pariétal.

- . 25 sujets âgés sur 120 dont seulement 20 opérés.

19 d'entre eux cicatrisent dans les délais normaux, dont 1 malade réopéré 4 semaines plus tard pour lithiasie oubliée. On ne déplore qu'un abcès de paroi.

L'obésité nous apparaît donc comme une tare plus fréquente chez l'adulte. Elle menace, outre les complications pariétales à type d'abcès ou d'hématome favorisant également le lachage de la suture aponévrotique, d'escarres au points d'appuis, bien que nous n'en ayons observé aucun chez nos 298 malades, mais surtout de phlébites, liées à un écrasement des veines, gênant le retour sanguin, dû au poids du membre.

Ces phlébites menacent à leur tour d'embolie pulmonaire, et pour notre part nous en relevons 2, l'une chez un vieillard de 82 ans, l'autre chez un adulte de 44 ans.

Les obèses relèvent donc d'une surveillance et de soins post-opératoires particulièrement vigilants qui insisteront sur :

- la gymnastique respiratoire ;
- le traitement anticoagulant et antibiotique d'indication large ;
- et surtout le lever précoce ; qui impose une coopération du malade, ou à défaut, les massages bi-quotidiens avec changement de position plusieurs fois dans la journée et utilisation de matelas à boudins gonflables.

- A côté de l'obésité, nous trouvons 17 *diabétiques* :
 - . 7 adultes dont 6 femmes ;
 - . 10 sujets âgés dont 6 gérontins (dont 2 hommes)
 - 3 vieillards (femmes)
 - 1 grand vieillard (femme également).

Dans les suites, nous pouvons relever :

- 2 décès (obs. n° 10 et n° 12) sujets âgés de 74 ans et 81 ans ; l'un présentait un calculo-cancer, l'autre associait à son diabète une insuffisance cardiaque et une insuffisance respiratoire et est décédé d'un accident cérébral post-traumatique après une chute ;
- 12 malades eurent des suites que nous pouvons considérer comme sans problème ;
- 2 sujets âgés présentèrent des ennuis pariétaux : 1 homme de 63 ans obèse qui fut réopéré pour éviscération, 1 femme de 83 ans qui eut un abcès pariétal rapidement guéri ;
- enfin, nous plaçons à part un adulte de 54 ans hypertendu et obèse qui fut transféré d'urgence en service spécialisé de réanimation pour acidose lactique vraisemblablement par anoxie et favorisée par l'Insoral.

Le diabète, comme l'obésité, est donc une tare qui alourdit le pronostic de tout futur opéré, quel qu'en soit l'âge.

Au total, nous retrouvons :

- Chez nos 140 adultes, 61 sujets tarés, soit 43,5 %, réunissant 108 tares ;
- Chez 104 gérontins, 69 sujets tarés, soit 66,3 %, réunissant 129 tares ;
- Chez 52 vieillards, 41 sujets tarés, soit 78,8 %, réunissant 84 tares ;
- et chez 2 grands vieillards 3 tares, mais ces chiffres ne sont pas significatifs.

Le terme de "tare" n'est pas satisfaisant, il résume les différentes affections cardio-vasculaires, respiratoires, urinaires, métaboliques, etc... découvertes au cours de l'examen pré-opératoire.

(	:	:	:	)	
(	TERRAIN	: 140 ADULTES	: 104 GERONTINS	: 52 VIEILLARDS	)
(	Cardiopathies	: 17	: 38	: 24	)
(	Antécédents	:	:	:	)
(	phlébo -	: 6	: 10	: 3	)
(	emboliques	:	:	:	)
(	Néphropathies	: 7	: 11	: 6	)
(	Antécédents	:	:	:	)
(	cérébro-	: 3	: 6	: 6	)
(	méningés	:	:	:	)
(	Déficit	:	:	:	)
(	respiratoire	: 24	: 28	: 18	)
(	Obésité	: 38	: 20	: 10	)
(	Diabète	: 7	: 6	: 3	)
(	Varices	: 6	: 8	: 4	)
(	Sénilité	: -	: 2	: 10	)
(	:	:	:	:	)
(	:	108 tares chez	129 tares chez	: 84 tares chez	)
(	:	61 adultes	: 69 gérontins	: 41 vieillards	)
(	:	tarés	: tarés	: tarés	)
(	:	:	:	:	)

TABLEAU II

Le tableau III rend compte des variations du terrain selon le secteur d'hospitalisation (public ou privé).

(	:	:	:	)
(	:	Hôpital	Clinique	TOTAL
(	:	:	:	)
(140 ADULTES	:	:	:	)
(Non tarés	:	29	50	79
(Tarés	:	36	25	61
(	:	:	:	)
(104 GERONTINS	:	:	:	)
(Non tarés	:	10	25	35
(Tarés	:	39	30	69
(	:	:	:	)
(52 VIEILLARDS	:	:	:	)
(Non tarés	:	6	5	11
(Tarés	:	35	6	41
(	:	:	:	)
(2 GRANDS VIEILLARDS	:	:	:	)
(Non tarés	:	0	-	0
(Tarés	:	2	-	2
(	:	:	:	)
(TOTAL	:	157	141	298
(	:	:	:	)

TABLEAU III

Globalement :

- en clinique : 61 sujets tarés (43 %) et 80 non tarés (57 %) ;
- à l'hôpital : 112 sujets tarés (72 %) et 45 non tarés (28 %).

Deux associations pathologiques à la lithiase biliaire nous semblent intéressantes à examiner :

- d'une part les affections digestives qui peuvent compliquer l'acte opératoire et les suites ;
- d'autre part, les affections chirurgicales concomittantes autres.

- Parmi les affections digestives associées, nous trouvons :

. 23 hernies hiatales chez 3 adultes et 20 sujets âgés dont 3 vieillards.

. 3 gérontins seulement sur 298 malades examinés étaient porteurs de la classique triade de Saint.

. 1 malade de 78 ans fut récusé, 22 furent opérés et 16 d'entre eux subirent une double intervention abdominale dans le même temps : cure de la maladie lithiasique et cure de la hernie hiatale.

Pour 6 malades, on laissa la hernie hiatale parce que celle-ci était infra-clinique, de découverte fortuite radiologique ou per-opératoire.

Parmi les 16 malades qui subirent une double intervention, 10 eurent des suites sans problème ; mais pour les autres, on note :

1 décès brutal au 4ème jour (obs. n° 7) ;

2 réinterventions : une fois pour occlusion sous-mésocolique chez une malade antérieurement hystérectomisée et une autre fois éviscération chez un homme de 63 ans obèse, diabétique, hypertendu.

2 phlébo-thromboses,

et 1 hémorragie pariétale par l'orifice de la lame sous-hépatique.

. 6 ulcères gastro-duodénaux déjà connus et traités médicalement :

. 4 adultes, 2 sujets âgés de 68 et 76 ans ;

. 1 adulte de 57 ans subit dans le même temps opératoire une gastrectomie des 2/3 indiquée en raison d'accidents hémorragiques antérieurs et récidivants, les suites furent simples ;

. Les 5 autres malades ne subirent pas de double intervention.

. 6 cancers digestifs associés ou opérés dans les antécédents :

- Dans les antécédents, 3 sujets de 64, 65 et 70 ans furent opérés d'un cancer digestif :

. L'un est douteux : en 1957, gastrectomie avec gastro-jéjunostomie pour ulcère perforé "dégénéré" du pylore. Il s'agit de notre malade décédé après une double sphinctérotomie en 1965 (obs. n° 8).

- L'autre malade de 65 ans subit en 1952, soit à l'âge de 49 ans une amputation abdomino-périnéale par le docteur Monod-Broca, complétée par radiothérapie, pour cancer du rectum. En 1968, elle est opérée d'une lithiase de la voie biliaire principale : cholécystectomie-cholédocotomie et sphinctérotomie. Les suites furent simples.

- La dernière malade de 64 ans subit en décembre 1961, à l'âge de 60 ans, une résection du sigmoïde et d'une anse grêle par le docteur Monod-Broca pour épithélioma du sigmoïde.

Malheureusement, lorsqu'on réopéra 4 ans plus tard pour une lithiase vésiculaire, elle présentait de volumineuses métastases hépatiques associées à des adénopathies coeliaques malignes : vis à vis de sa lithiase on ne pratiqua qu'une cholécystostomie d'évacuation et de drainage dont les suites furent simples.

- 3 malades associaient leur cancer à leur lithiase :

. chez une femme de 71 ans, fut découvert en même temps un volumineux épithélioma de l'antre et une lithiase vésiculaire à petits calculs ;

lors de l'intervention on ne put pratiquer qu'une gastro-entérostomie de dérivation et une cholécystostomie d'évacuation et de drainage. Les suites furent marquées par une fistulette biliaire qui se tarit rapidement. . Chez une autre femme de 63 ans présentant une lithiasie de la voie biliaire principale, on découvrit lors de l'examen pré-opératoire une petite tumeur rectale qui s'avéra maligne à l'histologie. Sur le plan opératoire, fut pratiquée une cure de la lithiasie par cholécystectomie-cholédocotomie-sphinctérotomie en y associant une cure de hernie crurale et une éxérèse, passant en zone saine, de la tumeur sus-anale qui était un adéno-carcinome liberkunien.

. Le dernier malade était un homme de 69 ans chez qui la lithiasie fut découverte fortuitement et laissée en place pour pratiquer une hémicolectomie droite pour cancer de l'antre. Malheureusement 8 jours plus tard, ce malade fit une cholécystite aiguë imposant une réintervention pour pratiquer une cholécystostomie d'évacuation et de drainage. Ce malade est décédé 9 mois plus tard (obs. n° 5).

. 9 diverticuloses coliques, chez des sujets âgés dont 3, nous l'avons vu, avaient également une hernie hiatale :

- 1 femme seulement âgée de 85 ans, subit dans le même temps que la cholécystectomie une colectomie angulaire droite pour tumeur qui se révéla histologiquement bénigne ;

- 2 malades virent leur constipation s'aggraver ;

- Quant aux autres, leur diverticulose ne perturba pas leurs suites opératoires.

. Enfin, 12 malades associaient à leur lithiasie une affection hépatique non lithiasique :

- 9 cirrhoses éthyliques : 8 malades dont 6 sujets âgés furent opérés sans que leur cirrhose semble avoir une influence nocive sur les suites ;

- 1 kyste hydatique mort et calcifié chez un Nord-Africain de 72 ans, kystectomisé dans le même temps, avec suites opératoires faciles ;

- 1 hépatite post-transfusionnelle dans les antécédents d'un homme de 70 ans ;

- 1 cancer métastatique du foie chez une femme de 64 ans chez qui l'on pratiqua une simple cholécystostomie d'évacuation et de drainage pour hydrocholécyste.

. Nous rapprochons de ces affections digestives associées, nos 109 malades ayant déjà subi une intervention abdominale dans leurs antécédents :

- 13 fois au niveau de l'étage sus-mésocolique dont 10 fois chez des sujets âgés ;

- 96 fois au niveau de l'étage sous-mésocolique dont 43 fois chez des sujets âgés et 85 femmes.

Ces chiffres sont paradoxaux, s'il est logique d'admettre que les sujets âgés ont eu plus de temps pour se faire déjà laparotomiser ; on ne comprend pas pourquoi pour l'étage sous-mésocolique, on trouve moins de sujets âgés déjà opérés que d'adultes. Une explication peut être proposée : l'appendicectomie qui remonte à 60 ou 50 ans est moins souvent signalée que celle qui remonte à 5 ou 10 ans.

Chez ces 109 sujets, nous trouvons :

. 7 malades récusés ;

. 3 décès : 2 hommes de 69 et 70 ans et une femme de 70 ans (obs. n°5, n° 6, n° 8).

Pour 2 d'entre eux (obs. n° 6 et n° 8), l'intervention antérieure semble n'avoir eu aucune influence néfaste.

. 90 opérés de lithiase eurent des suites immédiates considérées comme simples ;

. seulement 9 opérés dont 6 sujets âgés eurent des suites mouvementées, mais sans rapport direct avec la première intervention, sauf pour une femme de 67 ans, hystérectomisée plusieurs années auparavant, et qui dut subir après la cure de sa lithiase une réintervention précoce pour occlusion mécanique du grêle, alors que l'opérateur n'avait à aucun moment exploré l'étage sous-mésocolique ;

En fait, il existait une anse accolée à la partie basse de la cicatrice médiane sous-ombilicale.

- Dans le cadre des affections chirurgicales concomitantes outre celles que nous avons déjà vues, nous pouvons étudier 36 malades, dont 31 sujets âgés et 30 femmes.

6 malades furent récusés.

Parmi les 30 opérés, on dénombre :

. 2 malades de 64 et 67 ans, porteurs d'hémorroïdes, dont la cure fut effectuée dans le même temps opératoire, sans conséquence ultérieure aggravante ;

. il en est de même pour une femme de 68 ans qui subit une sigmoïdectomie segmentaire pour mésosigmoïdite rétractile ;

. 1 homme de 70 ans subit dans le même temps : la cure de sa lithiase, la cure d'une hernie hiatale et l'exérèse à minima d'un polype fibro-inflammatoire d'Elvig typique de topographie gastrique sans dommage post-opératoire.

- . 2 diverticulotomies de D2 furent pratiquées chez des sujets de 63 et 70 ans, l'une interne imposa une réimplantation de la papille ; ici encore, les suites opératoires ne posèrent pas de problème.
- . 11 sujets porteurs de hernies externes le plus souvent inguinales, ou d'événements sur ancienne cicatrice : chez 7 malades dont 2 sujets âgés fut pratiquée une double intervention : seul un homme de 70 ans présenta dans les suites une récurrence de sa hernie ombilicale.
- . 2 adénomes de la prostate chez des sujets âgés de 70 et 82 ans furent laissés en place sans ennui.
- . 15 malades étaient atteintes d'affections gynécologiques (7 fibromes, 3 tumeurs bénignes de l'ovaire, 6 prolapsus) ayant conduit lors de l'intervention pour la maladie lithiasique à :

- 3 périnéorraphies ;
- 3 hystérectomies ;
- 3 ovariectomies

associées chez 7 adultes et 2 femmes âgées, sans complication post-opératoire.

Au terme de cette analyse du "malade", deux considérations paraissent devoir se dégager :

- d'une part, à la distinction "sujet âgé" et "adulte" dans l'indication d'une intervention, il semble nécessaire de substituer la notion de "bon terrain" ou "mauvais terrain", quelle que soit la date de naissance inscrite sur le registre de l'état civil.

En effet, un cancer associé peut faire changer de tactique opératoire, une obésité trop importante ou un infarctus du myocarde récent peut faire reporter à plusieurs mois l'intervention.

- d'autre part, on ne peut toutefois nier le rôle manifestement néfaste du vieillissement viscéral : le rein, les poumons, le coeur d'un vieillard même exempt de tare à leur niveau, sont moins souples que ceux d'un adulte, à supporter un changement d'équilibre organique qu'entraînent l'alitement ou une intervention.

Mais à ces niveaux, grâce à une réanimation bien conduite, on arrivera le plus souvent à faire passer le "cap" difficile à un sujet âgé. Il n'est pas de même pour le vieillissement cérébral et intellectuel devant lequel on reste désarmé.

Certes, un adulte débile sera toujours difficile à soigner, mais s'il s'agit d'un "bon terrain", on arrivera le plus souvent, malgré lui, à la guérir sans trop de heurts. Mais l'affaire

paraît beaucoup plus délicate chez un vieillard sénile qui ne coopère pas à sa guérison. Et cette sénilité est souvent la conséquence de l'agression que constitue la maladie et a fortiori l'acte chirurgical, qui peuvent précipiter, quoi qu'on fasse, ces sujets dans un état de déchéance progressive et inexorable au bout de laquelle il n'y a qu'une issue.

- Il importe donc chez tous les sujets, et en particulier ceux qui sont âgés mais non exclusivement, d'apprécier soigneusement le terrain grâce à un interrogatoire patient et approfondi en prenant le temps, afin d'évaluer le psychisme du futur opéré, et la coopération que l'on peut attendre de lui.

Un examen clinique soigneux et complet permettra d'analyser la plus bénigne des affections associées, on s'aidera de techniques paracliniques et de l'expérience de collaborateurs spécialisés pour déceler les décompensations sub-cliniques ; en particulier cardio-vasculaires, respiratoires et rénales.

- Ainsi pourra-t-on, une fois l'indication opératoire posée, adapter au mieux la PREPARATION de l'opéré. Il nous paraît nécessaire d'insister chez les sujets âgés sur :

- . la réduction minimum du temps d'hospitalisation qui crée chez le sujet âgé un "dépaysement" psychologique nocif qui aggrave encore l'affection et le risque opératoire ; il en est de même pour l'alitement post-opératoire.
- . la rééducation respiratoire, en apprenant au malade à tousser et cracher, et en associant au besoin des aérosols et des séances de "Bird" ;
- . la préparation cardiaque avec un électro-cardiogramme pré-opératoire de principe, au minimum dans un but comparatif ;
- . une bonne équilibration protidique, globulaire et hydro-électrolytique.

- L'ANESTHESIE, chez nos sujets âgés, a toujours été générale comportant : une prémédication légère, sans dépresseur respiratoire ;

une induction toujours précédée d'une bonne oxygénation et suivie d'une intubation systématique ;

une bonne voie d'abord veineuse ;

pour l'entretien, on associe le penthotal à petites doses, que relaie le fluothane, et curare à faible dose également.

Tous nos opérés âgés ont été placés sous respirateur artificiel en per-opératoire, et nos anesthésistes s'efforcent de compenser parfaitement les pertes sanguines.

Nos opérés ne furent jamais remis dans leur lit tant qu'ils n'avaient pas récupéré tous leurs réflexes, et après extubation.

- En POST-OPERATOIRE, la surveillance et les soins nous paraissent être aussi indispensables et attentifs qu'une bonne technique opératoire :

- . l'aspiration gastro-duodénale sera d'indication rare après la 24ème heure ;
- . la réanimation liquidienne des 48 premières heures ne doit comporter que peu de liquide : avec un peu de sel et des polyvitamines. Il ne faut pas oublier que chez le sujet âgé, les liquides hypertoniques sont aussi graves que les liquides hypotoniques. En outre, le vieillard est plus long à rétablir son équilibre hydro-électrolytique si celui-ci venait à être perturbé.
- . la reprise de l'alimentation buccale devra être précoce ;
- . le jour de l'intervention, on peut limiter les efforts respiratoires, gros consommateurs d'oxygène, et parfaire l'hématose grâce à l'appareil de Bird.

Mais dans les jours qui suivent, la gymnastique respiratoire active et les aérosols nous paraissent une bonne indication.

. Une bonne rééquilibration du rythme cardiaque associée à une rééducation et des massages des membres inférieurs nous paraît nécessaire pour prévenir les phlébo-thromboses.

Le traitement anticoagulant n'est pas institué de principe, sauf chez des malades prédisposés aux phlébites post-opératoires.

Toutefois, chez les sujets âgés au-dessus de 70 ans, nous sommes prudents, car le maniement des dérivés dicoumariniques devient délicat, et il nous paraît difficile de maintenir le taux de prothrombine d'un vieillard dans les limites étroites de 20 à 35 %.

Quant à se contenter d'une faible dépression comme le font certains chirurgiens, cela ne nous paraît pas formellement utile.

Sur les 298 malades de notre série, nous avons prescrit un traitement anticoagulant 65 fois, chez 27 adultes et 38 sujets âgés.

. Mais surtout, nous insistons sur le lever précoce que nous préconisons vigoureusement.

Il contribuera aussi à la rapide récupération de ces opérés, diminuant les nausées, les vomissements, et le météorisme abdominal, normalisant les fonctions de la vessie et de l'intestin, réduisant les complications pulmonaires et vasculaires et rendra le malade plus animé et préoccupé d'un rétablissement rapide.

. Vis à vis des antibiotiques, notre attitude est également réservée : dans tous les cas, jamais de principe, mais toujours de nécessité, sur des indications précises.

81 malades eurent des antibiotiques, immédiatement en post-opératoire et souvent ce traitement était institué déjà plusieurs jours avant l'intervention.

57 sujets étaient "âgés" pratiquement tous à l'hôpital. L'indication était soit une complication infectieuse de la maladie lithiasique, soit un état broncho-pulmonaire fragile.

Parmi les 202 malades restant opérés, seulement 29 d'entre eux eurent une antibiothérapie secondaire pour complication infectieuse post-opératoire, pulmonaire, urinaire ou pariétale, dont 23 sujets âgés.

Au total :

- 110 malades sur 283 opérés, soit 39 % eurent des antibiotiques dont 80 sur 144 sujets âgés opérés, soit 55,5 %.

- Les infections urinaires ou une histoire de broncho-pneumopathie récidivante sont des indications à l'antibiothérapie, au moins aussi importantes que l'antibiothérapie d'indication biliaire chez les sujets âgés.

III - LE TRAITEMENT

La tactique thérapeutique, et particulièrement opératoire, ainsi que les différents problèmes annexes à toute intervention chirurgicale au niveau d'une voie biliaire ont-ils une influence plus néfaste chez le sujet âgé ? Alourdissent-ils le pronostic à cet âge ?

Ce sont des questions que nous nous proposons d'examiner avant d'étudier la morbidité et la mortalité qu'il faut regretter dans notre série.

Tout d'abord, nous analyserons les sujets qui ne furent pas opérés :

- Sur 298 malades, 15 seulement entrent dans cette catégorie, tous étaient hospitalisés à l'Assistance Publique.

- Sur ces 15 malades, on ne déplore qu'un décès, soit 6,6 %, du moins à court terme, c'est-à-dire avant leur sortie de l'hôpital.

- L'analyse des observations nous montre qu'il s'agissait de 2 hommes et 13 femmes :

- . M. CAR..., 66 ans :

- ictère fugace, fébrile, douloureux durant 4 jours ;
lithiase vésiculaire très probable,
mais sénile majeur, refusant l'intervention proposée ;
cholécystectomie avec radiomanométrie peropératoire.

- M. JUE..., 78 ans :

- Lithiase vésiculaire peut-être cholédocienne,
malade récusé étant donné le terrain : insuffisance
coronaire, parkinsonien sénile, gastrectomie des
2/3, encombrement broncho-pulmonaire.

Pour les femmes :

- . Mme MAT..., l'unique adulte, 26 ans :

- symptomatologie vésiculaire depuis 2 ans, avec vésicule
exclue, mais, enceinte, l'intervention était prévue
pour après l'accouchement. Malade espagnole ne parlant

pas le français et n'ayant pas répondu à sa convocation.

. Mme ROS..., 73 ans :

lithiase vésiculaire asymptomatique de découverte fortuite sur un cliché radiologique.

Récusée en raison du mauvais risque : cirrhose éthylique avec ascite et circulation collatérale.

. Mme THE..., 75 ans :

Cholécystite subaiguë régressant sous traitement médical, il s'agissait d'une première manifestation clinique.

Récusée dans l'immédiat en raison d'un terrain médiocre. La malade a été perdue de vue.

. Mme THI..., 78 ans :

lithiase vésiculaire à symptomatologie récente, douloureuse sans fièvre ni ictère ;

terrain médiocre : hypertendue, accident cérébral antérieur, varices bilatérales ;

devait être suivie en consultation, mais perdue de vue.

. Mme BOU..., 79 ans :

cholécystite aiguë lithiasique probable,

intervention récusée en raison du terrain : psychopathe, insuffisance respiratoire mineure.

. Mme OLI..., 79 ans :

cholécystite aiguë régressant bien sous traitement médical ; récusée dans l'immédiat en raison du terrain : hémiplegie récente.

Malade perdue de vue.

. Mme KLI..., 80 ans :

Lithiase vésiculaire, dernier épisode symptomatique il y a 10 ans, récemment, syndrome douloureux régressant rapidement ;

récusée en raison du mauvais terrain : cardiopathe, obèse, varices du membre inférieur droit.

. Mme PRA..., 81 ans :

Lithiase vésiculaire probable,

intervention prévue, refusée par la malade.

. Mme CHA..., 82 ans :

Syndrome de cholécystite aiguë ;

récusée : sénilité avancée, déshydratation, cachexie, décédée 5 semaines après son admission dans le service, dans un état de déchéance psychique et physique totale. (obs.n° 16).

. Mme BEL..., 84 ans :

première manifestation clinique régressant rapidement
sous traitement médical ;
récusée dans l'immédiat : infarctus du myocarde récent
chez une obèse.

Malade perdue de vue.

. Mme TER..., 84 ans :

Lithiase vésiculaire et peut-être cholédocienne ;
l'intervention était proposée par le chirurgien, mais
l'anesthésiste était réticent, quant à la malade, elle
la refusait.

. Mme LEG..., 87 ans :

pyocholécyste probable refroidi par antibiotiques.
Récusée devant la rapide efficacité du traitement médical
et le terrain : sénilité, insuffisance respiratoire,
embolie pulmonaire dans les antécédents, obésité.

. Mme MAR..., 88 ans :

Lithiase vésiculaire et cholédocienne très probable.
Malgré un terrain médiocre : sénilité, arythmie, urémie
à 0,63 g, hernie inguinale, l'intervention était proposée
mais fut refusée par la malade.

Au total, sur 15 malades non opérés, on retrouve :

- 1 adulte : l'intervention était prévue quelques
semaines après un prochain accouchement, mais cette femme ne fut pas revue.
- 1 gérontin : qui refusa une cholécystectomie.
- 13 vieillards dont 8 récusés en raison du terrain,
2 refus catégoriques du malade, à
part un refus qui ne déplut pas à nos réanimateurs.

Soit, sur 298 malades, 11 sont récusés à l'acte chirur-
gical soit 3,6 %, tous en raison du terrain, sans lithiase de la voie
biliaire principale.

Nous n'avons pas pu connaître le devenir de 14 sujets
qui sortirent de l'hôpital.

A ces 15 malades non opérés, s'opposent les 283 sujets
opérés parmi lesquels il faut déplorer 22 décès, soit globalement 7,8 %.

Nous avons essayé d'analyser plusieurs facteurs, en
rapport avec l'acte opératoire susceptible d'influencer le pronostic.

L'OPERATEUR

Nous distinguerons deux groupes d'opérateurs :

- le premier est constitué par le chef de service, le docteur Monod-Broca et son assistant, le docteur Testas.

Ces deux chirurgiens ont opéré 208 malades : 141 en clinique et 67 à l'hôpital.

A leur passif, on retrouve :

. en tout 14 décès, soit 6,7 % dont nos 2 adultes ;
. et par secteur : 7 décès pour 141 opérés en clinique, soit 4,9 %, contre 7 pour 67 opérés à l'hôpital soit 10,4 %.

- Le deuxième groupe d'opérateurs comprend les chefs de clinique et les internes.

A leur passif, il faut déplorer 8 décès pour 75 malades opérés par eux, tous à l'hôpital évidemment, soit 10,6 %.

Ces 8 malades avaient 78 ans ou plus, dont 2 femmes de 82 et 84 ans opérées en urgence (obs. n° 13, n° 14, n° 15, n° 17, n° 18, n° 20, n° 22, n° 23).

La mortalité opératoire, à l'hôpital, ne dépend pas, d'après ces chiffres, de l'expérience de l'opérateur.

L'analyse des causes de mort confirme qu'il n'y a pas, dans cette série, de décès attribuable à l'inexpérience de l'opérateur.

Ceci résulte, croyons-nous, d'une répartition relativement satisfaisante des malades entre les différents opérateurs du service.

Les plus jeunes sont toujours aidés par un chirurgien expérimenté, et celui-ci ne décide de laisser opérer son cadet qu'après exploration des lésions et du champ opératoire.

Les sujets obèses, ceux dont le terrain est fragile, les lésions inflammatoires ou tumorales qui rendent l'opération difficile sont toujours opérés par les chirurgiens les plus expérimentés de l'équipe.

L'HEURE OPERATOIRE

Elle présente en effet une influence non négligeable sur le pronostic.

Parmi nos 283 opérés, 7 seulement ont été opérés en URGENCE, alors que les 276 autres bénéficiaient d'une préparation d'au moins 48 heures.

Ces 7 opérés d'urgence le furent dans les heures qui suivirent leur hospitalisation à l'hôpital, sauf M. DUV..., 69 ans, qui

subit 8 jours plus tôt une hémicolectomie droite pour cancer colique, à l'occasion de laquelle fut découverte fortuitement une lithiasé vésiculaire silencieuse.

Ce malade fut réopéré d'urgence avec le diagnostic de péritonite, peut-être par lâchage de suture, en fait, il s'agissait d'une cholécystite aiguë. Il est décédé 9 mois plus tard (obs. n° 5).

Ces 7 malades ne se savaient pas porteurs d'une lithiasé biliaire.

Il s'agissait de :

- 3 hommes de 61, 62 et 69 ans ;
- et 4 femmes de 32, 82, 84 et 84 ans.

L'indication opératoire d'urgence fut posée avec le diagnostic :

- 2 fois de péritonite biliaire qui fut confirmé (malades de 62 et 84 ans) ;
- 1 fois d'hydrocholécyste énorme, qui fut confirmé (malade de 32 ans) ;
- alors que 4 fois, ce fut une laparotomie exploratrice.

L'intervention pratiquée fut :

- 4 cholécystostomies d'évacuation et de drainage ;
- 3 cholécystectomies, avec 2 radiographies et 1 manométrie peropératoire, associée 1 fois à une cholédocotomie pour :
 - 2 péritonites biliaires et 1 pyocholécyste ;
 - 3 fois, suites opératoires sans problème particulier.

L'évolution post-opératoire :

- elle fut grevée de 3 décès (obs. n° 5, n° 17, n° 20) ; dont 2 vieillards de 82 et 84 ans ;
- chez les 4 autres malades, elle fut sans histoire.

LA DUREE DE L'ANESTHESIE

Elle n'est précisée que 138 fois sur 283 interventions, avec 12 décès, dans les 145 interventions où la durée n'est pas précisée, il y a 10 décès.

Ces 138 interventions se répartissent ainsi : (cf tableau IV) :

- 58 adultes, chez qui l'anesthésie dura :
 - . 27 fois moins de 2 heures,
 - avec 5 complications post-opératoires :
 - . 2 broncho-pneumopathies rapidement regressives ;
 - . 1 diarrhée persistante et inexpliquée ;
 - . 1 embolie pulmonaire ;
 - . 1 accident anesthésique chez un diabétique.

TABLEAU IV

	Moins de 2 heures			Entre 2 et 3 heures			Plus de 3 heures		
	Simples	Décès	Comp.	Simples	Décès	Comp.	Simples	Décès	Comp.
tes	22	0	5	16	0	9	4	0	3
n-									
ns	3	0	2	4	0	6	1	0	1
n-									
ns	4	0	1	2	0	4	3	0	2
n-									
ns	2	1	1	5	1	4	1	0	1
rd									
ns	4	5	6	6	4	2	1	0	3
s									
rd	-	-	-	1	1	0			
AL	35	6	15	34	6	25	10	0	10

(Noter que 3 malades présentèrent 2 complications post-opératoires)

- . 24 fois entre 2 et 3 heures,
avec 9 complications chez 8 malades :
 - . 1 fièvre due aux antibiotiques ;
 - . 2 infections urinaires (les malades avaient été sondés) ;
 - . 2 abcès pariétaux ;
 - . 3 poussées de pancréatite avec sphinctérotomie ;
 - . 1 évolution longue chez un insuffisant cardiaque.
- . 7 fois plus de 3 heures,
avec 3 fois des complications :
 - . 1 pancréatite post-opératoire au 10ème jour après lithiase de la voie biliaire principale sans sphinctérotomie ;
 - . 1 hoquet tenace ;
 - . 1 abcès pariétal.
- 80 sujets âgés, qui se divisent ainsi :
- . 17 gérontins de 60 à 64 ans :
 - . anesthésie inférieure à 2 heures : 5 cas.
2 complications post-opératoires
 - 1 accident post-anesthésique ;
 - 1 infection urinaire ;
 - . anesthésie entre 2 et 3 heures : 10 cas.
6 complications post-opératoires
 - 1 réintervention précoce pour éviscération,
 - 1 abcès pariétal,
 - 1 phlébite sur des varices,
 - 1 embolie pulmonaire,
 - 2 broncho-pneumopathies.
 - . anesthésie supérieure à 3 heures : 2 cas.
1 hémorragie pariétale post-opératoire par l'orifice de la lame sous-hépatique chez une malade sous anticoagulants.
- . 15 gérontins de 65 à 69 ans :
 - . anesthésie inférieure à 2 heures : 5 cas,
1 abcès pariétal post-opératoire.
 - . anesthésie entre 2 et 3 heures : 5 fois.
4 complications post-opératoires chez 3 malades
 - 1 cicatrisation longue,
 - 1 bronchopneumopathie
 - 2 suites post-opératoires difficiles sur le plan abdominal sans explication.

- . anesthésie supérieure à 3 heures : 5 cas.
 - 2 complications post-opératoires :
 - 1 fistule biliaire transitoire,
 - 1 déperdition biliaire par le Kehr jugée excessive.
- . 16 gérontins de 70 à 74 ans :
 - . anesthésie inférieure à 2 heures : 4 cas
 - 1 décès (obs. n° 8)
 - 1 abcès sur cathéter intra-veineux.
 - . anesthésie entre 2 et 3 heures : 10 cas
 - 1 décès (obs. n° 10)
 - 4 complications post-opératoires :
 - 1 infection urinaire,
 - 1 encombrement respiratoire,
 - 1 abcès pariétal,
 - 1 désunion pariétale.
 - . anesthésie supérieure à 3 heures : 2 cas.
 - 1 abcès pariétal associé à une asthénie prolongée.
- . 30 vieillards :
 - . anesthésie inférieure à 2 heures : 14 cas
 - 5 décès (obs. n° 14, n° 17, n° 18, n° 19, n° 20).
 - 6 complications chez 5 malades :
 - 2 broncho-pneumopathies,
 - 1 embolie pulmonaire,
 - 1 infarctus du myocarde,
 - 1 abcès pariétal,
 - 1 infection urinaire.
 - . anesthésie entre 2 et 3 heures : 12 cas
 - 4 décès (obs. n° 11, n° 12, n° 13, n° 22).
 - 2 complications post-opératoires :
 - 1 abcès pariétal,
 - 1 erreur de réanimation.
 - . anesthésie supérieure à 3 heures : 4 cas
 - avec 3 complications post-opératoires :
 - 2 abcès pariétaux,
 - 1 transit intestinal long à reprendre.
- . 2 grands vieillards :
 - . anesthésie entre 2 et 3 heures : 2 cas, dont 1 décès (obs. n° 23).

Il paraît difficile de tirer des conclusions de ces chiffres trop petits pour être significatifs, car en effet, on ne constate aucun décès pour les anesthésies supérieures à 3 heures.

Quoi qu'il en soit, le tableau IV laisse apparaître :
- que sur 58 adultes, il n'y a aucun décès, quelle que soit la durée opératoire ;
- alors que chez 80 sujets âgés, il faut en déplorer 12, tous pour des malades ayant dépassé 70 ans.

Mais si la durée opératoire ne semble avoir aucune influence sur la mortalité, du moins dans notre série, il n'en paraît pas de même pour la morbidité :

De 15 suites compliquées contre 35 suites simples, pour une durée anesthésique inférieure à 2 heures, les chiffres passent respectivement à 25 pour 34 pour une durée se situant entre 2 et 3 heures, et 10 pour 10 pour une anesthésie supérieure à 3 heures.

Certains auteurs, tels SHELBY et LORHAN, pensent que "le facteur temps est insignifiant à la lumière des progrès de l'anesthésie et des soins chirurgicaux donnés aux malades". D'autres, tel ARTUSIO, écrivent que "pour les interventions pour lesquelles l'anesthésie dépasse 3 heures, l'état des malades se détériore progressivement".

En fait, dans l'évaluation de ce facteur temps, on inclut beaucoup de faits :

- l'état du malade ;
- l'importance de l'intervention ;
- la technicité de l'opérateur ;
- les éventuelles complications peropératoires ;
- la profondeur de l'anesthésie ;
- les effets pharmacologiques des agents anesthésiques utilisés, et
- l'efficacité de la ventilation pulmonaire.

L'indication opératoire posée, à froid ou d'urgence, plusieurs méthodes s'offrent au chirurgien.

Mais, avant l'incision, l'INSTALLATION du malade nous paraît importante à ne pas négliger, en particulier chez le sujet âgé : il ne faut pas oublier que les escarres se constituent le plus souvent sur la table d'opération.

Il faudra aussi se méfier du sujet au rachis plus ou moins soudé, chez qui la montée du billot, pour "casser" le malade, peut être inefficace ou dangereuse.

L'INCISION

a été 9 fois sur 10 une médiane sus-ombilicale, contour-
nant en règle l'ombilic par la gauche vers le bas.

Nous évitons les écarteurs autostatiques trop puissants
tel le cadre de Bergeret, lesquels par les douleurs qu'ils occasionnent
parfois en post-opératoire, peuvent entraîner une gêne respiratoire.

Nous nous aidons parfois d'un "champ abdominal" inter-
pariëto-hépatique pour luxer le foie et la vésicule vers le bas et la
ligne médiane.

Une valve autostatique maniée avec douceur, maintient
relevé le bord antérieur du foie.

La RADIOMANOMETRIE per-opératoire par intubation du cystique est en
principe systématique.

- Pourtant, nous avons 26 cas sur 283 opérés où elle ne
fut pas pratiquée :

- . 8 fois, parce que l'on a pratiqué une simple cholécystostomie d'éva-
cuation et de drainage ;
- . 6 fois, le cathétérisme du cystique posa des problèmes techniques et
l'opérateur ne s'est pas acharné ;
- . 3 fois, il s'agissait d'une lithias cholédocienne radiologiquement
certaine et la radiomanométrie n'aurait guère apporté de renseignements
supplémentaires ;
- . 1 cholécystectomie imprévue, la lithias étant de découverte opératoire,
au cours d'une cure de hernie hiatale et de l'excision d'une tumeur
gastrique bénigne chez un sujet de 70 ans.
- . 6 fois, le cholangiogramme pré-opératoire opacifiait parfaitement un
cholédoque fin avec bons passages duodénaux, chez des sujets pour lesquels,
l'opérateur ne désirait pas prolonger l'intervention ;
- . chez 2 adultes, l'absence de radiomanométrie per-opératoire n'est pas
justifiée par l'opérateur.

- Ces 26 malades se départagent en :

- . 9 adultes, avec des suites simples dans 7 cas, 1 décès (obs. n° 1), une
femme de 56 ans eut des suites difficiles émaillées d'une fistule biliaire
transitoire par extériorisation hors du cholédoque du drain de Kehr, de
manière prématurée, et d'un abcès du Douglas ;
- . 17 sujets âgés de 60 ans ou plus, avec des suites simples dans 11 cas ;
5 décès (3 cancers : obs. n° 5, n° 12, n° 15 ; 1 très mauvais risque
chez 1 femme de 80 ans opérée en urgence : obs. n° 20 ; 1 accident
pulmonaire : obs. n° 17) ; 1 femme de 75 ans présenta à la 48ème heure

un infarctus du myocarde sans conséquence dans les semaines qui suivirent.

Il est à noter qu'aucun de ces 26 malades ne présenta de manifestations dues à un calcul oublié, dans leurs suites opératoires, du moins immédiates.

- "Nous ne saurions néanmoins trop insister, disait CHAMPEAU, sur la nécessité absolue d'avoir la possibilité d'un examen cholangiographique lorsqu'on s'attaque à une lithiase biliaire du vieillard".

- On sait qu'il est important de pratiquer une chirurgie biliaire définitive chez le sujet âgé certes, mais aussi chez l'adulte.

- A propos de la radiomanométrie, nous voulons souligner la fréquence avec laquelle nous avons obtenu outre l'opacification de la voie biliaire principale et intra-hépatique, une Wirsungographie. Celle-ci nous paraît en rapport avec une hyperpression se rencontrant dans le deuxième duodénum, lorsqu'il y a spasme des deux sphincters supérieur et inférieur de celui-ci.

Cette Wirsungographie s'efface dès qu'il y a passage du produit de contraste dans le 3ème duodénum par relâchement du sphincter inférieur. Elle n'a pas eu de conséquence pathologique.

L'intervention sur la VESICULE est également systématique :

- Une cholécystectomie a été pratiquée 269 fois,

le plus souvent rétrograde et après avoir vu sur les clichés l'anatomie de la voie biliaire principale.

Toutes les statistiques sont unanimes pour souligner sa nécessité, et sa bénignité chez le sujet âgé lorsqu'elle est faite à bon escient pour une cholécystite calculeuse, avec un taux de mortalité faible.

- La cholécystostomie dans notre série a été pratiquée 8 fois.

. Elle nous paraît une "intervention de recul et d'exception", chaque fois que l'on doit effectuer un acte rapide. Il ne peut s'agir que d'une intervention palliative, soit parce que la vie du malade est en danger immédiat, soit parce que l'abord du pédicule hépatique est impraticable.

. GLENN et HAYS insistent bien sur ce caractère palliatif, car ils estiment que si le malade doit survivre plus de 2 ans, la nécessité d'une cholécystectomie secondaire s'imposera plus d'une fois sur deux par persistance des troubles des voies biliaires.

. 4 de nos malades sur 8 sont décédés (obs. n° 5, n° 17, n° 20, n° 23) dans les suites de leur cholécystostomie, chaque fois pour des causes sans rapport avec leur voie biliaire.

- Pour 6 autres cas, il s'agissait de :

- . 3 "récidives" lithiasiques après cholécystectomie ;
- . 1 cholécysto-jéjunostomie sur anse grêle en "Y",
malade de 81 ans décédée (obs. n° 15) ;
- . 1 "aller et retour" devant un calculo-cancer inopérable
chez une malade de 81 ans décédée (obs. n° 14) ;
- . 1 drainage cholédocien en urgence pour angiocholite
urémigène et péritonite biliaire, adulte tarée, décédée (obs. n° 1).

L'intervention sur la VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

L'hépto-cholédoque a été ouvert 74 fois chez nos 283 opérés soit chez 26 % d'entre eux.

Cette cholédocotomie pédiculaire a été pratiquée chez 17 adultes et 57 sujets âgés, indiquée pour lithiasse de l'hépto-cholédoque.

. 16 fois la cholédocotomie fut "blanche", et 8 fois chez des sujets âgés ;

15 fois il y avait suspicion clinique ou radiologique de lithiasse de la voie biliaire principale. Le dernier cas associait une dilatation très importante du cholédoque due à une dissémination au hile d'un calculo-cancer.

. A ces 16 cholédocotomies "blanches", furent associées : 16 cholécystectomies, 16 drainages externes par drain de Kehr.

7 sphinctérotomies : 2 pour oddite,

5 dans la crainte de petit calcul oublié ;

9 explorations de la papille.

. Leurs suites opératoires furent :

11 fois simples et 2 fois perturbées par le drainage externe, mais sans gravité ;

3 décès (obs. n° 4, n° 9, n° 21).

. Une meilleure analyse séméiologique et radiologique en pré- et per-opératoire devrait limiter sinon supprimer ces cholédocotomies abusives.

. Les 58 fois où la cholédocotomie fut pratiquée pour ablation de calcul, on contrôla toujours la vacuité de la voie biliaire principale par exploration instrumentale, et radiologique une fois le drain de Kehr mis en place.

. Il semble que le risque encouru à l'exploration de la voie biliaire principale soit minime par rapport au risque de réintervention qu'imposerait un calcul méconnu.

Pour notre part, nous estimons que dès qu'il existe le moindre doute sur la vacuité du cholédoque, il faut l'explorer.

Actions sur la PAPILLE

Nous sommes intervenus 47 fois sur le sphincter d'Oddi :

- . 40 fois pour effectuer une sphinctérotomie, et
- . 7 fois une exploration ou une dilatation de la papille, chaque fois, par duodénotomie verticale que nous refermons en fin d'intervention horizontalement.

27 fois, le geste sur le sphincter d'Oddi avait été précédé d'une radiomanométrie.

- Les circonstances de l'abord de la papille furent :

- . 27 fois une lithiase du cholédoque dont :
 - . 17 lithiases pauci-calculueuses (1 à 3 petits calculs retrouvés ;
 - . 5 cas de boue biliaire ;
 - . 4 empierrements cholédociens.

On peut estimer qu'il s'agissait chez ces malades d'effectuer un "drainage duodénal" large de la voie biliaire principale, devant l'absence de certitude formelle de la vacuité de celle-ci après ablation des calculs.

- . 11 sphinctérotomies furent pratiquées dans un but d'extraction de calcul de l'ampoule de Vater, dont 6 étaient associés à une lithiase cholédocienne.
- . 9 fois enfin, il s'agissait d'une lésion oddienne.

- La sphinctérotomie ou la dilatation de la papille furent complétées en fin d'intervention :

- . 36 fois par un drainage biliaire externe,
 - . 34 drains de Kehr par cholédocotomie ;
 - . 2 drains de Mirizzi transcystique (absence de cholédocotomie).
- . 11 malades n'eurent pas de drainage biliaire externe :
 - . dans 1 cas de cholédocotomie idéale,
 - . dans 10 cas d'abord oddien par duodénotomie première sans cholédocotomie. Il s'agissait :
 - 3 explorations simples sans sphinctérotomie
 - 3 sphinctérotomies d'extraction,
 - 5 sphinctérotomies de drainage.

- Quel fut l'avenir de ces malades ayant subi un acte chirurgical sur leur papille ?

. On connaît les controverses qui existent entre ceux qui condamnent sans appel la sphinctérotomie en raison de ses risques de pancréatite aiguë mortelle post-opératoire dont le pourcentage varie de 2 % à 10 % selon les auteurs, et ceux qui estiment qu'une sphinctérotomie ou une dilatation oddienne n'est pas plus dangereuse qu'une autre méthode à condition que la technique opératoire soit rigoureuse et douce. ARIANOFF fait partie de ces derniers, en particulier pour les sujets âgés, chez qui le sphincter d'Oddi supporterait d'autant plus facilement une agression chirurgicale qu'il est lésé depuis plus longtemps et qu'il s'agit d'un sphincter scléreux habitué à être irrité par la présence d'un calcul.

- Dans les suites opératoires de nos sujets ayant subi cette "agression" sphinctérienne, sur 47 malades, nous décomptons :

. 18 malades qui guérissent rapidement et facilement dont 14 sujets âgés parmi lesquels 12 eurent droit à un drainage biliaire externe par drain de Kehr.

Soulignons que chez ces 18 sujets, 2 seulement furent soumis à un traitement anti-enzymatique et 3 à une aspiration gastrique de 48 à 72 heures.

. 6 décès (obs. n° 3, n° 4, n° 8, n° 9, n° 10, n° 23). Au moins 5 de ces décès paraissent indépendants de la sphinctérotomie.

. Dans le chapitre de la morbidité, nous retrouvons :

4 ennuis pariétaux ;

3 défaillances cardio-respiratoires régressives ;

1 phlébite guérissant rapidement sous anticoagulants ;

4 complications mineures dues au drain de Kehr ;

1 occlusion post-opératoire sous-mésocolique ;

1 calcul oublié imposant une réintervention ;

8 poussées purement biologiques de pancréatite ;

et seulement 1 pancréatite aiguë associée à des lésions de pancréatite chronique, découverte lors d'une réintervention pour fistule biliaire sans passage duodénal après sphinctérotomie.

Ainsi, pour 47 actes chirurgicaux sur le complexe sphinctérien, nous ne déplorons qu'une pancréatite aiguë non mortelle et un seul décès (obs. n° 8), dont la cause précise ne fut pas connue et qui, dans le doute, peut être mis au passif de la sphinctérotomie.

Le DRAINAGE BILIAIRE EXTERNE

Il fut utilisé 81 fois (en excluant le drainage par sonde de Pezzer de nos cholécystostomies).

- 78 drains de Kehr furent placés dans le cholédoque (signalons que n'a pas été utilisé dans cette série de drain transpapillaire).
- . 78 fois pour cholédocotomie indiquée par lithiasé canalaire dont nos 16 cholédocotomies blanches ;
- . 3 lésions per-opératoires du cholédoque qui fut alors drainé ;
- . 2 fois, reconstitution de la voie biliaire principale pour cancer du hile.

- 3 fois seulement, nous pratiquâmes le drainage par drain de Mirizzi ressortant par le cystique.

Ce drainage biliaire externe fut attaqué par beaucoup d'auteurs comme dangereux, en particulier chez le sujet âgé, en raison de la déperdition biliaire qu'il entraînerait.

Cette condamnation nous paraît injustifiée et sûrement insuffisante pour légitimer de nombreuses anastomoses cholédoco-digestives.

Seulement 8 de nos opérés âgés sur 81 sujets drainés eurent une déperdition biliaire qui excéda 500 cm³ plusieurs jours ; Parmi ces 8 sujets, 7 ne posèrent aucun problème en rapport avec cette fuite de bile, la dernière malade de 72 ans (obs. n° 9) eut une déperdition biliaire qui atteignit certains jours 2 500 cm³, mais elle présentait un cancer du hile hépatique.

Pour notre part, nous sommes très favorables au drain de Kehr. Nous ne lui trouvons aucun inconvénient, en particulier, chez le sujet âgé.

La déperdition biliaire peut être facilement contrôlée par un montage en "Y" et une ablation précoce du drain aux environs du 8-10ème jour.

Nos malades ne sont pas cloués au lit, et leur sortie n'est guère retardée par rapport à une simple cholécystectomie.

Ce drainage présente le gros avantage de permettre la mise au repos du cholédoque et une cholangiographie de contrôle avant l'ablation du drain.

Rappelons que dans notre série, une seule fois a été pratiquée une cholédocotomie idéale qui ne nous paraît pas sans risque.

Quant aux ANASTOMOSES BILIO-DIGESTIVES,

Leurs indications ont été très limitées puisque nous n'en comptons que 8 sur 283 opérés ; (1 en 1965, 1 en 1967, 5 en 1969, 1 en 1970).

Il s'agissait :

- 3 fois d'une anastomose cholédoco-jéjunale, termino-terminale sur anse en "Y" ;

- 1 cholécysto-jéjunale sur anse en "Y" ;

- 4 cholédoco-duodénales latéro-latérales larges.

Sur le plan de l'âge, on retrouve :

1 adulte, 1 gérontin et 6 vieillards.

L'indication fut posée 2 fois pour un calculo-cancer, et 6 fois pour un gros cholédoque.

Dans les suites, il faut déplorer les 3 décès dont nos 2 malades porteurs de cancer (obs. n° 6, n° 15, n° 19). Mais en excluant ces 2 malades cancéreux, sur 6 malades ayant subi une anastomose bilio-digestive, on retrouve un décès par gros troubles hydro-électrolytiques chez une gérontine de 70 ans, non coopérante, et 5 bons résultats dont 2 excellents.

Enfin, à la cure chirurgicale de la maladie lithiasique, fut associée 31 fois une intervention abdominale autre (telle cure de hernie hiatale, ou d'événtration, etc...) soit 10,9 % de nos malades opérés, dont 21 sujets âgés.

4 décès sont à déplorer (obs. n° 5, n° 7, n° 10, n° 11).

Toutes les interventions se sont terminées par un DRAINAGE de la région sous-hépatique ressortant par une contre-incision toujours indépendante de celle utilisée pour l'extériorisation du drain de Kehr.

Ce drainage sous-hépatique est le plus souvent large en utilisant un penrose ou une lame ondulée de caoutchouc que l'on enlève au 4-5ème jour.

La FERMETURE PARIETALE est toujours rigoureuse, le plus souvent en trois plans, avec parfois un drain aspiratif dans le tissu graisseux sous-cutané chez les obèses dans un but, peut-être discutable, de prévention d'hématome.

CHAMPEAU préférerait chez ces malades et les dénutris, la suture en un plan.

Au terme de cette analyse de l'"intervention", il ressort que nous ne voyons guère l'utilité de faire une chirurgie différente chez le sujet âgé et chez l'adulte.

L'âge n'apparaît guère comme un facteur à prendre en considération pour choisir telle méthode plutôt que telle autre.

En particulier, le drainage externe très décrié à cet âge, ne nous a jamais donné les ennuis majeurs qui le font rejeter par d'autres, au profit d'une tactique différente, telles les anastomoses cholédoco-duodénales latéro-latérales . Celle-ci, bien que nous partagions l'avis de nombreux auteurs français ou étrangers au sujet de sa bénignité si elle est large, nous semble plus longue à réaliser qu'une sphinctérotomie et nous ne sommes pas certains du maintien de sa perméabilité au bout de plusieurs mois.

Il n'en reste pas moins que dans notre série, l'indication d'une anastomose cholédoco-duodénale aurait pu être posée plus souvent, en particulier chez les sujets au cholédoque dilaté et atone, au dépend de la sphinctérotomie.

LA MORBIDITE POST-OPERATOIRE

L'importance de la morbidité post-opératoire chez le sujet âgé varie d'une statistique à une autre.

Cela tient, nous semble-t-il, au fait qu'il ne s'agit pas toujours d'une même pathologie ; et dans le cadre de la maladie lithiasique que nous étudions ici, que l'analyse de la morbidité est très subjective.

Nombreux sont les "petits ennuis" post-opératoires qui ne sont pas signalés dans le dossier des malades ou qui ne sont pas retenus dans l'étude des résultats.

Des SUITES SIMPLES :

dans notre série de 283 opérés, elles le sont 227 fois, soit globalement chez 80,2 % de nos malades : 127 adultes pour 139, et 100 sujets âgés de 60 ans et plus sur 144.

Mais ce groupe peut être divisé en :

- 165 malades, soit 59 % (106 adultes et 59 sujets âgés) qui eurent des suites opératoires sans aucun incident signalé dans leur dossier, dont 42 qui furent revus après 3 mois et qui étaient très satisfaits.
- 62 malades (21 adultes et 41 sujets âgés) qui eurent des suites opératoires simples dans l'ensemble, mais émaillées d'incidents que l'on peut étiqueter de mineurs, lesquels, dans tous les cas, ne retardèrent pas leur "sortie".

Parmi ces 62 malades, 15 furent revus après le 4ème mois, et se sont déclarés très satisfaits.

A l'opposé, de nombreuses COMPLICATIONS, dans les jours, ou les semaines, qui suivirent la cure chirurgicale de la lithiase biliaire, furent constatées.

Des ACCIDENTS ANESTHESIQUES,

- ont été signalés chez 7 de nos malades : 2 adultes, 3 gérontins et 2 vieillards.

-- il s'agissait :

. 2 accidents en cours d'intubation,

. 1 inhalation de liquide gastrique, suivie dans les jours suivants d'une pleuro-pneumopathie de la base gauche ;

. 1 vomito-negro, avec dans les suites encombrement broncho-pulmonaire massif et oedème aigu du poumon entraînant la mort au 3ème jour (syndrome de Mendelssohn) chez un homme de 87 ans qui présentait une cholécystite gangréneuse (obs. n° 22).

. En per-opératoire : 1 malade de 85 ans présente deux a-coups d'hypotension artérielle qui posèrent quelques problèmes mais sans répercussion ultérieure.

. Lors du réveil, on note :

. 1 spasme de la glotte ;

. 1 urticaire généralisé ;

. 2 réveils assez difficiles : il s'agissait de 2 adultes : l'une ne respire seule que 20 mm après la fin de l'anesthésie proprement dite, mais rapidement s'installe un tableau d'hypercapnie imposant son transfert d'urgence en service de réanimation respiratoire du docteur Auzépy.

Le diagnostic établi fut celui de grande acidose lactique vraisemblablement par anoxie et favorisée par l'insoral.

En outre, on déplore un granulome laryngé.

L'autre malade eut également un réveil très difficile qui imposa son transfert en service de réanimation respiratoire. Après une amélioration de 48 heures, la malade décède brutalement en trois jours, par hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire à la vérification (obs. n° 2).

11 ACCIDENTS OPERATOIRES chez 6 adultes et 5 sujets de

60 ans et plus, se répartissant en :

. 2 splénectomies pour blessure de la rate lors de la cure de hernie hiatale associée à la lithiase biliaire, chez 2 femmes de 63 et 75 ans, aux suites simples ;

- . 2 plaies hépatiques probablement dues au maintien un peu brutal d'un écarteur. Suture par points en "U" de catgut, chez 2 malades de 56 et 68 ans, aux suites simples.
- . 1 petite brèche duodénale au cours d'une intervention sur vésicule atrophique très adhérente qui est suturée par 2 points ; les suites opératoires de cette malade de 69 ans ne furent émaillées que d'un petit abcès au niveau de l'orifice de drainage.
- . 6 plaies de la voie biliaire principale :
 - . 1 petite plaie du canal hépatique droit suturée sans drainage biliaire externe, chez une femme de 32 ans, aux suites simples ;
 - . 5 plaies du cholédoque, 3 fois le cholédoque fut suturé sur drain de Kehr, 2 fois aucun drainage externe de la voie biliaire n'est utilisé. Il s'agissait de malades de 35, 38, 41, 54 et 78 ans ; tous eurent des suites sans problème.

Des complications PARIETALES existent 36 fois, soit globalement 12 %.

Il s'agit de 20 abcès pariétaux ;
16 autres complications.

. Les abcès pariétaux :

- . Ils sont notés chez 15 femmes dont 10 sujets âgés et 5 hommes dont 3 sujets âgés.
- . 15 fois, l'infection survint à l'Assistance Publique, 6 fois une obésité est signalée, 6 fois également, la lithiase présentait une complication infectieuse. 1 malade était diabétique.
- . La durée opératoire semble avoir une influence puisque dans 5 cas elle était supérieure à 3 heures et que dans 8 cas, elle était comprise entre 2 et 3 heures.
- . L'évolution de l'abcès pariétal aboutit à
 - 16 guérisons ;
 - 4 complications secondaires :
 - 2 éventrations chez des obèses ;
 - 1 fistule biliaire et abcès du Douglas après des suites difficiles et fébriles. Finalement, bonne cicatrisation pariétale.
 - 1 septicémie à staphylocoque pathogène vite jugulée grâce à un traitement intensif.

. Les 16 autres complications pariétales se démembrant en :

- . 8 éventrations qui furent réopérées ;
- . 2 éviscérations ;

- . 2 hématomes pariétaux ;
- . 2 fistulettes au niveau du drain sous-hépatique ;
- . 1 cicatrisation longue à obtenir ;
- . 1 petite hémorragie pariétale sous anticoagulants, par l'orifice de la lame lors de son ablation.

Ces complications survinrent chez 10 sujets âgés dont 3 obèses, 7 porteurs d'une tare cardio-vasculaire et 1 diabétique.

Parmi les 10 lâchages de suture, 3 compliquèrent une réintervention précoce.

Les autres complications que l'on peut appeler Abdominales ou LOCALES sont moins fréquentes.

. Dans le cadre des complications infectieuses, on ne déplore qu'un seul abcès sous-phrénique, chez un homme de 67 ans, imposant une réintervention précoce. Il s'agit, comme le confirment toutes les statistiques, d'une complication exceptionnelle après lithiase biliaire ; mais on sait que la chirurgie biliaire est une des premières causes d'abcès sous-phrénique.

. 3 complications hémorragiques sont retrouvées :

- . 2 hémopéritoinies sous-hépatiques, chez 2 femmes de 75 et 77 ans, toutes deux porteuses d'une tumeur maligne de la vésicule et du hile. L'une fut réopérée le soir même. Elle est décédée 4 mois plus tard (obs. n° 12). L'autre fut réopérée 6 jours plus tard et décéda au bout d'un an, de métastase hépatique (obs. n° 11).
- . La 3ème complication hémorragique survint chez un homme de 72 ans, qui fit des hématoméses de petite abondance et moelena sans que la cause en fut nettement retrouvée.

. Nous avons vu que 8 de nos malades, tout âgés, eurent une déperdition biliaire que l'on peut considérer comme excessive : supérieure à 500 cm³ durant quelques jours.

Chez 7 d'entre eux, cette déperdition n'eut aucune conséquence, alors que le 8ème est décédé d'une tumeur maligne du hile (obs. n° 9).

Il nous faut distinguer le cas de M. DUR..., 72 ans, chez qui le drain de Kehr fut laissé en place 45 jours, en raison d'un ictère très lent à disparaître. A sa sortie de l'hôpital, au 2ème mois, le malade avait repris 5 kg en 10 jours.

. 8 malades présentèrent une fistule biliaire :

- . 5 fistulettes se tarirent rapidement et spontanément, 2 étant survenues après ablation précoce intempestive du drain de Kehr ;

les 3 autres persistèrent quelques jours après l'ablation du drain de Kehr effectuée normalement, 48 heures après contrôle cholangiographique et épreuve de clampage 24 heures.

Chaque fois, il s'agissait de sujets de plus de 68 ans.

- . Chez une malade, de 56 ans, après une cholécotomie associée à une sphinctérotomie et une résection d'un diverticule duodénal, apparaît un écoulement bilieux au 10ème jour, après clampage du Kehr.

Le déclampage de celui-ci n'entraîne pas la reprise de son fonctionnement ; en fait, il était sorti du cholédoque. La fistule biliaire se tarit après 48 heures de perfusion d'acide lactique, prescrite dans la crainte d'une fistule duodénale.

- . Les 2 autres fuites biliaires furent plus graves :

L'une, chez un homme de 51 ans, imposa une reprise chirurgicale à l'issue de la 4ème semaine, en raison de son association à une absence de passage duodénal sur le cholangiogramme de contrôle par le drain de Kehr. Il fut pratiqué une anastomose cholédoco-jéjunale devant la découverte de lésions de pancréatite chronique et aiguë.

La première fois, on avait pratiqué une cholécystectomie, une cholécotomie pour extraire un calcul, une sphinctérotomie, mais déjà l'opérateur avait constaté l'existence d'une pancréatite chronique.

Quant au deuxième cas, il s'agit d'un malade de 70 ans qui présenta une abondante fuite biliaire survenue le 12ème jour par la lame de drainage sous-hépatique dans les suites d'une cholécotomie et d'une anastomose cholédoco-jéjunale termino-terminale : malade peu coopérante, décédée (obs. n° 6).

. Nous avons vu plus haut, lors de l'étude des gestes sur le sphincter d'Oddi, que nous pouvions relever :

- . 8 poussées purement biologiques de pancréatite aiguë après sphinctérotomie ou exploration instrumentale de l'appareil sphinctérien.

- . et 1 seule pancréatite aiguë de découverte per-opératoire en association avec des lésions de pancréatite chronique lors d'une réintervention pour fistule biliaire sans passage duodénal sur le cholangiogramme, malgré une sphinctérotomie initiale.

Il semble, comme le pensent MOREAU et DUFOUR, que l'âge ne joue, de toute façon, aucun rôle dans le déclenchement de la pancréatite en post-opératoire après sphinctérotomie.

A côté des complications loco-abdominales largement dominées par l'infection pariétale et la désunion, se rencontrent des complications que l'on peut appeler d'ordre général.

Ces complications, le plus souvent en rapport avec le terrain initial, viennent encore trop souvent compromettre l'efficacité d'une intervention chirurgicale.

. De loin, les plus fréquentes dans notre série, comme dans toutes les statistiques, sont les complications respiratoires.

Chez nos 283 opérés, nous en retrouvons 19 fois :

Elles atteignirent :

- 6 hommes, dont 3 gérontins, 2 vieillards et 1 grand vieillard ;

- 13 femmes dont 5 adultes, 5 gérontins et 3 vieillards.

Chez ces 19 sujets, l'influence du terrain est variable :

- . 9 d'entre eux, soit 1 sur 2, ne présentaient, semble-t-il, aucun état pathologique antérieur pouvant faire craindre un quelconque ennui pleuro-pulmonaire en post-opératoire chez ces malades.

On déplore : 1 décès, Mme PIC..., âgée de 82 ans, opérée en urgence pour "exploratrice" qui décéda d'encombrement bronchique incoercible au 6ème jour. Mais il faut reconnaître l'existence d'une erreur de réanimation qui déclencha un oedème pulmonaire aigu le 3ème jour (obs. n° 17).

On retrouve

6 foyers broncho-pulmonaires, régressant très rapidement grâce à l'appareil de "Bird", à la gymnastique respiratoire et à l'antibiothérapie.

Enfin : 2 accidents anesthésiques déjà signalés plus haut :

L'un survenu chez une femme de 62 ans obèse et angineuse connue qui a présenté une inhalation de

liquide gastrique lors d'une intubation difficile, et qui fut traitée par antibiotiques et corticoïdes per- et post-opératoires.

L'autre malade adulte a repris sa respiration spontanée difficilement, 20 minutes après la fin de l'anesthésie et son état imposa son transfert d'urgence en service de réanimation respiratoire.

- . 6 autres sujets présentaient un passé respiratoire ; on ne put éviter le décès de 3 d'entre eux, de complications pulmonaires (obs. n° 13, n° 22, n° 23).

Parmi les 3 autres malades, on retrouve :

2 épisodes bronchitiques brefs et sans suite chez un adulte de 31 ans et une gérontine de 73 ans ;
1 pneumopathie de la base droite, peut-être embolie pulmonaire, chez une femme de 71 ans emphysémateuse et porteuse de varices bilatérales. L'évolution se fit sans suite fâcheuse.

Soit 6 malades au "passé respiratoire" chargé avec 3 décès chez 2 vieillards et 1 grand vieillard.

- . Enfin, les 4 derniers sujets pouvaient faire également craindre une complication pulmonaire :

2 malades avaient présenté des phlébites dans leurs antécédents, 1 femme était obèse, le 4ème avait eu une plaie thoracique par éclat de grenade et en gardait une symphyse pleurale droite ;

Dans les suites opératoires de ces malades, on relève :

4 évolutions vers la guérison

2 pneumopathies segmentaires de la base droite ;
1 épanchement pleural droit ;
1 atélectasie avec réaction pleurale droite.

Au total, alors que nous décomptions plus haut 71 malades aux antécédents respiratoires notables, nous retrouvons en post-opératoire seulement 19 accidents ou incidents "pulmonaires".

Sur nos 283 opérés, cela fait 6,7 % d'accidents dont 14 sujets âgés sur 144 opérés, soit 9,6 %.

Ces complications entraînèrent 4 décès soit 1 sur 4 : 3 vieillards et 1 grand vieillard, tous tarés.

. Les complications cardiaques sont beaucoup moins fréquentes.

En excluant les malades qui eurent une embolie pulmonaire ou un oedème aigu du poumon, complications qui associent au facteur pulmonaire un facteur cardiaque, et dont nous parlerons par ailleurs, il nous faut signaler :

- 2 crises d'angor probable chez des femmes de 62 et 73 ans, dont l'une en avait déjà présenté dans ses antécédents ;

- 1 infarctus du myocarde peu étendu et postérieur réagissant bien au traitement chez une femme de 75 ans, considérée antérieurement comme cardiaque avec hypertension artérielle ;

- 1 accès de flutter auriculaire chez un adulte, favorablement influencé par le traitement ;

- à part, le cas d'une femme de 80 ans qui, après une évolution post-opératoire satisfaisante, a dû être réhospitalisée un mois après sa sortie en service de cardiologie, pour insuffisance cardiaque globale.

Au total : 4 accidents cardiaques, soit 1,41 %, survenus en post-opératoire, mais chez 4 sujets âgés, soit chez 2,78 % d'entre eux. 3 furent sans conséquence, du moins dans les semaines qui suivirent l'intervention.

. Nous rattacherons à ce chapitre des complications cardiaques, la maladie thrombo-embolique du système veineux, considérée comme fréquente en post-opératoire et imposant une surveillance et une prévention de tous les instants.

Parmi nos 283 opérés, nous trouvons :

- 4 phlébites certaines sans embolie pulmonaire. Il s'agissait de 4 femmes de 45, 64, 66 et 69 ans, dont 2 malades présentant une prédisposition qui aurait pu inquiéter.

Ces 4 malades furent soumises au traitement anticoagulant dès l'apparition des premiers symptômes de phlébite.

- 5 phlébites se compliquèrent de 5 embolies pulmonaires sans conséquence grave ; il s'agissait de 4 femmes et d'un homme, de 44, 53, 62, 71 et 82 ans.

- A part, il faut distinguer 4 malades décédés sans que l'on puisse incriminer avec certitude l'embolie pulmonaire :

- . 2 fois, elle est probablement la cause du décès ;
il s'agit de Mme GUI..., âgée de 66 ans (obs. n° 3) et de Mme JOU..., âgée de 70 ans (obs. n° 7) ;

- . dans 2 autres cas, elle est discutable : chez M. LON..., âgé de 70 ans (obs. n° 8), et Mme BOU..., âgée de 85 ans (obs. n° 21).

Soit, au total : 13 malades opérés (4,6 %) ont présenté, semble-t-il, un accident phlébo-embolique. Il s'agissait de 3 adultes et de 10 sujets âgés.

- . Il nous reste à signaler, dans l'étude de la morbidity d'ordre général
 - 7 infections urinaires facilement jugulées grâce aux désinfectants urinaires ;

- 3 accidents neurologiques chez des malades de 51, 67 et 82 ans. Cette dernière devait en décéder (obs. n° 18) ;

- 2 escarres fessières ou sacrées qui guérissent chez 2 gérontins non obèses de 69 ans ;

- 1 abcès de fesse, sans doute par faute septique lors d'une injection intra-musculaire ;

- 1 lymphangite abcédée d'un bras après "veinocap" ;

- 1 hématome de cuisse droite chez une femme de 62 ans hypertendue sous anticoagulants pour embolie pulmonaire ;

- 1 erreur de réanimation hydro-électrolytique, chez une femme de 85 ans, qui aurait pu mal finir ;

- enfin, à la limite, une femme de 65 ans, réopérée un an plus tard pour occlusion sur bride.

Pour finir cette étude de la morbidité que nous avons rencontrée chez nos 283 opérés, il nous faut regrouper les *REINTERVENTIONS PRECOCES* que nous avons signalées chemin faisant.

Nous en trouvons 14 chez 2 adultes et 12 sujets âgés.

L'indication en fut :

- 5 fois pour des ennuis pariétaux :

- . 1 abcès sous-aponévrotique ;

- . 1 intolérance au fil non résorbable utilisé ;

- . 3 éviscérations : 1 de ces malades est décédée 4 mois après sa réintervention (obs. n° 5).

- 2 fois pour calcul oublié dans la voie biliaire principale.

- 1 fois pour obstruction du bas cholédoque par un noyau de pancréatite chronique aggravée par une poussée de pancréatite aiguë post-opératoire.

- 6 fois, l'indication de la réintervention fut posée d'urgence, malgré ses risques :

- . 2 cas d'occlusion intestinale :

L'une par hernie crurale étranglée à la 3ème semaine ;
L'autre sous-mésocolique chez une malade hystérectomisée
plusieurs années auparavant.

- . 1 abcès inter-hépto-diaphragmatique chez un homme de
67 ans à point de départ hépatique ;
- . 2 hémopéritoïnes sous-hépatiques chez 2 vieillards
qui présentaient une tumeur biliaire maligne, tous
deux décédés 4 et 12 mois plus tard (obs. n° 11 et
n° 12).
- . 1 troisième suspicion d'hémopéritoïne sous-hépatique
conduisit également à une réintervention précoce
qui s'avéra abusive, heureusement sans conséquence.

Aucune de ces 14 réinterventions précoces ne fut res-
ponsable des 3 décès signalés. En effet, tous trois survinrent plusieurs
mois plus tard, sans relation directe avec la réintervention.

Au terme de cette analyse des complications post-
opératoires rencontrées chez nos 283 opérés, dont 144 sujets âgés, nous
constatons que celles-ci apparaissent plus fréquentes après 60 ans.

Les deux principales, déjà signalées par GLENN et HAYS,
sont les complications pariétales chez 12 % de nos opérés et les
complications respiratoires chez 6,7 % d'entre eux, sans compter les
embolies pulmonaires.

Ces deux grandes complications atteignent près de 20 %
des opérés de notre série.

Mais il faut opposer à ces chiffres nos 227 malades,
soit 80 %, dont 100 sujets âgés, qui eurent des suites opératoires dans
l'ensemble sans problème majeur, et qui heureusement n'inquiétèrent
jamais.

LA MORTALITE

Les pourcentages de mortalité selon les statistiques sont variables d'un auteur à l'autre ;

HOLLENDER et WEILL en 1967 sur 32 malades de plus de 75 ans, n'eurent qu'un décès, soit environ 3 %.

GLENN et HAYS, sur une période de 21 ans (1932-1953), rapportent 4 050 cas d'opérés des voies biliaires, dont 328 malades de plus de 65 ans, avec, au-dessus de cet âge, 6,7 % de mortalité.

MOREAU et DUFOUR comptent 11 décès chez 73 opérés de la voie biliaire principale de plus de 70 ans.

Ces auteurs pensent que la mortalité est presque indépendante de l'acte opératoire, et est en rapport, le plus souvent, avec des complications d'ordre général et cardio-respiratoire.

La différence que l'on constate entre les chiffres de ces différentes statistiques nous semble être due au fait que tous les auteurs ne parlent pas toujours de la même chose.

La tranche d'âge envisagée est, nous l'avons déjà signalé, variable. La pathologie de la voie biliaire n'est pas toujours précisée : s'agit-il ou non d'une réintervention ? Enfin, il n'est pas toujours noté si les malades étaient opérés à froid ou en urgence ; en effet, cette dernière exigence aggrave considérablement le pronostic :

- 10,7 % de décès chez des sujets âgés opérés d'urgence, contre 4,4 % chez des malades du même âge opérés à froid pour GLENN et HAYS.

- jusqu'à 33 % pour SHELBY et LORHAN, après cholécystectomie effectuée en urgence contre 8 % à froid.

Dans notre étude sur la chirurgie de la lithiase biliaire sur une période s'étendant du 1er janvier 1965 au 30 juin 1970, nous déplorons : . globalement :

- pour 298 malades étudiés : 23 décès, soit 7,71 % ;
- pour 283 opérés :

22 décès, soit 7,74 %, quelle que soit la date du décès ;
19 décès précoces, dans les 4 premières semaines, ou
opératoires, soit 6,71 %.

. et par tranche d'âge :

- pour 139 adultes opérés : 2 décès opératoires, soit 1,43 % ;

- pour 144 sujets âgés de 60 ans et plus, opérés :

17 décès opératoires, soit 11,8 %

et 3 décès tardifs, au 4ème, 9ème et 12ème mois post-
opératoire (obs. n° 5, n° 11, n° 12).

Avant d'analyser les observations de nos décès, quelques
chiffres comparés exposeront plus clairement que des commentaires
l'influence de certains facteurs sur la mortalité opératoire.

TABLEAU V

Influence des Tares (déjà énumérées au tableau II)
sur le pronostic

		Décès						
		Non	Suites	Suites	opératoire	tardif	TOTAL	
		opéré	simples	compliquées				
Adultes	140 : Non tarés	1	75	3	0	0	79	
	: Tarés	0	52	7	2	0	61	
		1	127	10	2	0	140	
Gérontins	104 : Non tarés	1	29	4	1	0	35	
	: Tarés	1	49	12	6	1 *	69	
		2	78	16	7	1	104	
vieillards	52 : Non tarés	1	5	2	3 (1)	0	11	
	: Tarés	11 **	16	6	6	2 ***	41	
		12	21	8	9	2	52	
Grand Vieillard								
	: Tarés	0	1	0	1	0	2	
TOTAL GENERAL		15						
		(1 DC)	227	34	19	3	298	

* (obs. n° 5)

** (1 décès : obs. n° 16)

*** (Obs. n° 11 et n° 12).

(1) Un terrain inconnu décédé après intervention d'urgence. (Obs. n° 20).

N.B. Nous avons vu, page 50 et suivantes, dans le chapitre de la morbidité,
ce que nous entendions par "suites simples" et "suites compliquées".

TABLEAU VI

Mortalité opératoire en fonction de l'âge et du sexe

(	:	:	:	)
(	:	Hommes	Femmes	Total
(	:	:	:	:
(	Adultes	0/28	2/111	2/139
(	:	:	(1,80 %)	(1,43 %)
(	:	:	:	:
(	Gérontins	1/29	6/73	7/102
(	:	(3,44 %)	(8,22 %)	(6,86 %)
(	:	:	:	:
(	Vieillards	2/6	7/34	9/40
(	:	:	(20,5 %)	(22,5 %)
(	:	:	:	:
(	Grands	1/1	0/1	1/2
(	Vieillards	:	:	:
(	:	:	:	:
(	TOTAL	4/64	15/219	19/283
(	:	(6,25 %)	(6,84 %)	(6,71 %)
(	:	:	:	:

TABLEAU VII

Mortalité opératoire en chirurgie biliaire isolée.

	Cholécystectomie			Chirurgie bi-			Chirurgie bi-			TOTAL	
	simple à froid			liaire à froid			liaire compliquée				
	cas : décès : %			cas : décès : %			cas : décès : %			cas : décès	
Adultes	78	0	-	12	0	-	30	1	3	120	1
Gérontins	24	0	-	24	2	8	27	3	11	75	5
Vieillards	7	0	-	17	4	23	12	6	50	36	10
				(dont 1 gd vieil-			(dont 1 gd vieil-				
				lard décédé)			lard non décédé)				
	<u>109</u>	<u>0</u>	-	<u>53</u>	<u>6</u>	-	<u>69</u>	<u>10</u>	-	<u>231</u>	<u>16</u>

N. B. Nous entendons, dans le tableau VII, par chirurgie biliaire isolée toute intervention qui a lieu exclusivement sur le tractus biliaire : voie biliaire accessoire, voie biliaire principale et sur sa zone d'abouchement dans le duodénum : ampoule de Vater, et sphincter d'Oddi.

Il faut entendre par chirurgie biliaire compliquée, toute intervention sur le tractus biliaire secondaire à une complication : cholécystite aiguë, hydro- ou hémocholécyste, pyocholécyste, angiocholite, pancréatite aiguë, oddite, péritonite biliaire et calculo-cancer.

TABLEAU VIII

Mortalité opératoire de la chirurgie biliaire associée

dans le même temps à une autre intervention (de
voisinage abdominal ou à distance, telle cure
de varices ou prolapsus.

(	:	:	:	)
(	:	Cas	: Décès	: %)
(	-----	:	:	-----
(Adultes	:	19	:	1 : 5)
(	:	:	:	:
(Gêrontins	:	27	:	2 : 7,3)
(	:	:	:	:
(Vieillards	:	6	:	0 : -)
(	-----	:	:	-----
(Total	:	52	:	3 :)
(	:	:	:	:

Dans les tableaux VI, VII et VIII, nous avons
éliminé :

- notre décès chez une femme de 82 ans non opérée
(obs. n° 16) ;
- nos 3 décès tardifs, 1 gérontin (obs. n° 5)
2 vieillards (obs. n° 11 et n° 12).

OBSERVATIONS DE NOS MALADES DECEDES

Elles sont classées par âge croissant.

Obs. n° 1 - Mme AUG..., 53 ans.

Symptomatologie :

Angiocholite urémigène et péritonite biliaire.

Terrain :

Obèse, dans un état général déplorable, aux antécédents d'infarctus du myocarde récent et d'hémiplégie remontant à 15 jours.

C. R. O. :

Drainage de la voie biliaire principale. L'opérateur ne signale pas s'il a procédé à l'ablation des calculs.

Décédée le lendemain.

Obs. n° 2 - Mme REN..., 56 ans.

Symptomatologie :

Hospitalisée pour néphrectomie droite chez une femme porteuse d'une lithiase vésiculaire à petits calculs.

Terrain :

Obésité, hypertension artérielle.

Intervention :

La néphrectomie droite est rapidement pratiquée sans difficulté. Cholécystectomie rétrograde après contrôle radiologique du cholédoque.

Suites opératoires :

La malade a beaucoup de mal à se réveiller, ce qui conduit à la transférer en service de réanimation. Va bien pendant 48 heures et décès subit en quelques minutes au 3ème jour.

A l'autopsie : hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire.

Pas de lésion abdominale.

Obs. n° 3 - Mme GUI..., 66 ans.

Symptomatologie :

Episode douloureux et fébrile de l'hypocondre droit, le dernier ictérique depuis 1 an 1/2.

Vésicule exclue et empièchement cholédocien.

Terrain :

Fièvre typhoïde en 1946, varices du membre inférieur droit importantes.

C. R. O. :

Le 20 janvier 1969, durée imprécisée. La vésicule, très grosse, ne contient qu'un tout petit calcul.

Cholécystotomie permettant l'extraction de plusieurs calculs et de boue biliaire ;

sphinctérotomie difficile, lavage de la voie biliaire principale. Contrôle radiologique par le Kehr : pas de calcul oublié, bon passage duodénal.

Suites opératoires :

Hémocaprol et iniprol pendant 2 jours et antibiothérapie de principe, en raison d'une "tendance hémorragique et d'une sphinctérotomie difficile".

Les suites sont très simples malgré les craintes, le Kehr est clampé le 25 janvier au matin.

Dans l'après-midi, alors que la malade marche dans sa chambre comme les jours précédents, elle est prise d'un malaise subit entraînant la mort en quelques minutes.

Le diagnostic d'embolie pulmonaire foudroyante est le plus probable. Pas d'autopsie.

Obs. n° 4 - Mme FOU..., 68 ans (dossier malheureusement incomplet).

Symptomatologie :

Janvier 1965 : épisodes d'angiocholite, avec vésicule exclue, hautement fébrile, régressant mal sous antibiotiques.

Terrain :

Mauvais : atrophie cérébrale progressive et hypertension ventriculaire gauche.

C. R. O. :

27 janvier 1965 : grosse vésicule adhérente ; le pédicule est infiltré et le bassinot vésiculaire est ouvert involontairement, ce qui laisse écouler un "flot" de pus avec d'innombrables calculs.

Il est pratiqué une cholécystectomie d'avant en arrière, et une radiomanométrie per-opératoire.

Les images montrent de bons passages duodénaux et une voie biliaire principale bien injectée contenant 2 images claires : bulles d'air ou calculs ?

Une cholédocotomie exploratrice est blanche, il est pratiqué par prudence, une sphinctérotomie transduodénale a minima.

Suites opératoires :

Les suites immédiates sont satisfaisantes et la cholangiographie post-opératoire n'objective pas d'obstacle.

Décès le 11 février 1965, on ignore les circonstances et la cause.

Obs. n° 5 - M. DUV..., 69 ans.

Histoire :

Chez un obèse, le 15 mars 1967, hémicolectomie droite pour cancer du colon transverse ; découverte en per-opératoire d'une lithiase vésiculaire asymptomatique : calcul unique, petit et mobile ; aucun geste à son égard.

Le 22 mars, soit au 7ème jour post-opératoire, *réintervention* dans la crainte d'un lâchage d'anastomose. En fait, il s'agissait d'une poussée de cholécystite aiguë post-opératoire : on pratique une cholécystostomie.

Suites opératoires :

Eviscération sous-cutanée et réapparition d'un syndrome diarrhéique.

Le 31 mars, fistule du grêle posant de gros problèmes de réanimation, traitée d'abord par perfusion d'acide lactique, puis 8 jours plus tard, sonde de colpotomie en "T", ce qui entraîne une amélioration locale et générale remarquable.

Le 14 avril, après la reprise d'un transit et d'une alimentation satisfaisante, ablation du drain en "T" du grêle et suture ; mais 2 jours plus tard, lâchage de la suture et nouvelle fistule du grêle.

Le 26 juillet : résection du grêle, ce qui permet de découvrir non pas une mais deux fistules. Les suites sont favorables si ce n'est un abcès pariétal et escarre sacrée en voie de guérison.

Fin août : malade en convalescence.

En octobre, nouvelle hospitalisation pour syndrome ictérique et décès en décembre de la même année, soit 9 mois après l'opération pour lithiase.

L'autopsie ne permet pas de préciser la cause de cet ictère : elle montre une fibrose hépatique avec stase biliaire, cholécystite non lithiasique, duodénite aiguë et tubulopathie rénale aiguë avec abcès des deux côtés. Il n'y avait pas de lithiase résiduelle de la voie biliaire principale.

Obs. n° 6 - Mme BAR..., 70 ans

Symptomatologie :

Depuis 1 an 1/2, douleur de l'hypocondre droit avec vomissements, parfois subictère accompagnant des poussées pseudo-palustres.

Vésicule exclue et mégadolichochocholédoque sans lithiasie visible.

Terrain :

Femme maigre très active, sans antécédent notable.
Hyperazotémie à 0,60 - 0,90 g/l.

C. R. O. :

Le 10 décembre 1969 :

Radiomanométrie biliaire : pressions de passages et résiduelles élevées à 20 cm, calcul probable du bas cholédoque, cystique et cholédoque très dilatés.

Cholédocotomie permettant l'extraction d'un calcul peu volumineux ; anastomose cholédoco-jéjunale termino-terminale sur anse en "Y" de 65 cm.

Cholécystectomie : vésicule lithiasique très inflammatoire.

Suites opératoires :

Elles sont fébriles, la malade est peu coopérante. Au 5ème jour, clocher thermique à 40° avec collapsus conduisant à mettre en oeuvre une réanimation énergique avec antibiotiques, corticoïdes, héparine et antienzymes.

L'amélioration est rapide et au 11ème jour, les perfusions sont supprimées. A cette date, l'état général n'est pas mauvais malgré une fuite biliaire et une hypokaliémie à 2,1 mEq. La malade ne prend pas les médicaments per os et refuse les perfusions.

Décès au 16ème jour, dans un tableau de collapsus avec hypokaliémie majeure à 1,6 mEq.

Obs. n° 7 - Mme JOU..., 70 ans

Symptomatologie :

Episode de syncope avec vomissements depuis 20 ans - suit un régime alimentaire - en outre, syndrome postural évoquant une hernie hiatale - vésicule exclue.

Terrain :

Hernie hiatale par glissement sans ulcère.

C. R. O. :

Voie biliaire principale normale à la radiomanométrie.
Cholécystectomie rétrograde aisée.

A la cure de la maladie lithiasique est associée la cure de la hernie hiatale par voie abdominale pure.

Suites opératoires :

Le lendemain, petite désunion de la médiane. Le 4ème jour, décédée subitement alors que l'évolution était redevenue satisfaisante, que le transit s'était rétabli chez une femme apyrétique qui se levait régulièrement.

Collapsus et perte de connaissance brutale sans cyanose ni dyspnée. La malade reprend connaissance une fois allongée. Elle montre son "cœur" en signalant qu'elle ne souffrait pas, quelques minutes plus tard, elle mourait.

La vérification n'a pas été faite, mais deux hypothèses viennent d'emblée évoquer un diagnostic : embolie pulmonaire foudroyante, en fait peu probable, plus vraisemblablement Stokes Adams intermittent non décelé sur l'examen électrique du cœur, mais en faveur duquel plaident les nombreuses syncopes signalées, depuis 20 ans, et rattachées peut-être trop hâtivement à la hernie hiatale.

Obs. n° 8 - M. LON..., 70 ans

Symptomatologie :

En 1957 : cholécystostomie, puis cholécystectomie, par un autre chirurgien.

En 1963 : cholédocotomie idéale, faite ailleurs, pour empierrement cholédocien ; les suites furent simples.

En 1965 : épisode d'angiocholite urémigène (urée supérieure à 1 g/l) avec hémoculture positive à *Escherichia coli* associé à des poussées de pancréatite aiguë, amylasurie s'élevant jusqu'à 1 024 unités Wolgemuth.

Terrain :

En 1957, gastrectomie avec gastro-jéjunostomie pour ulcère perforé "dégénéré" ? du pylore. Ancien tuberculeux pulmonaire. Infarctus du myocarde en 1964 toujours sous traitement anticoagulant.

C. R. O. :

Le 9 avril 1965, sous cardioscope ; durée 1 h 30.

Ponction du cholédoque et contrôle radiologique : voie biliaire principale dilatée sans passage duodénal ; double sphinctérotomie cholédocienne et Wirsungienne.

Suites opératoires :

Mort subite le lendemain de l'intervention, malgré corticoïdes et anti-enzymes depuis 24 heures.

Pas d'autopsie : pancréatite aiguë ou infarctus du myocarde ?

Il s'agit là d'une observation qui est à la limite de notre sujet, mais que nous avons conservée en raison de son issue fatale.

Obs. n° 9 - Mme COM..., 72 ans

Symptomatologie :

2 ans auparavant, la malade refuse tout soin et toutes investigations prescrites pour une cholécystite aiguë.

Récidive d'épisode douloureux, fébrile, avec poussée à 40° ; ictère - hépatomégalie - hémoculture positive à escherichia coli.

Terrain :

Grande psychopathe refusant tout soin.

C. R. O. :

Le 3 avril 1965 : vésicule lithiasique, tumeur maligne sous-hépatique pédiculaire, adéno-carcinome excréto-biliaire, d'origine probablement vésiculaire.

Reconstitution de la voie biliaire principale sur Kehr, plus sphinctérotomie large car l'Oddi est infranchissable.

Suites opératoires :

Déperdition biliaire importante jusqu'à 2,500 l, l'ablation accidentelle du drain de Kehr le 21 ème jour est suivie d'une fermeture de la paroi.

8 jours plus tard, fistule biliaire ;

Pendant plusieurs jours, à partir du 13ème, tendance au collapsus vasculaire corrigée difficilement par néosynéphrine.

Poussée d'insuffisance rénale aiguë régressive.

Décédée le 4 mai suivant, soit 1 mois après l'intervention, A l'autopsie, nombreuses métastases hépatiques qui n'existaient pas lors de l'intervention.

Obs. n° 10 - Mme LAG..., 74 ans

Symptomatologie :

Plusieurs accès de colique hépatique apparus depuis 6 mois.

Amaigrissement important en deux mois.

Vésicule exclue et voie biliaire principale dilatée sans lithiasse visible.

Terrain :

Insuffisance coronarienne, diabétique, alcalose gazeuse modérée.

C. R. O. :

16 juillet 1970, durée 2 h 30.

Radiomanométrie biliaire : pressions de passage très élevées, cholédoque un peu dilaté contenant 2 calculs à sa partie inférieure. Cholédocotomie.

Sphinctérotomie d'extraction d'un conglomérat biliaire. Toilette de la voie biliaire principale. Fausse route cholédocienne postérieure suturée.

Cholécystectomie et biopsie hépatique révélant angiocholite et stéatose discrète.

Suites opératoires :

Douleurs abdominales, faisant discuter le diagnostic de pancréatite post-opératoire, mais au 4ème jour, dosages enzymatiques normaux.

Céphalée persistante depuis le 1er jour, et au 5ème, chute de sa chaise : coma et décès en neuro-chirurgie où elle a été transférée, mais non opérée.

Obs. n° 11 - M. BAZ..., 75 ans

Symptomatologie :

Episode grippal fébrile et ictérique quelques jours plus tard ; foie cholostatique sans hypertension portale à la laparoscopie. Dilatation et calcul cholédocien visible sur la cholangiographie.

Terrain :

Hypertendu, antécédent d'infarctus du myocarde, accident thrombo-embolique cérébral ayant laissé une monoplégie supérieure droite et une aphasie.

Polyglobulie à $6\,000\,000/\text{mm}^3$, inexpliquée ; volume sanguin total à 8,3 litres.

C. R. O. :

Le 11 mars 1969, durée 2 h 50 :

Calculo-cancer vésiculaire, mise en place d'un Kehr et biopsie du foie, du rein, et osseuse n'apportant aucun renseignement diagnostique.

Suites opératoires :

Ecoulement sanglant pendant 6 jours par la lame sous-hépatique, d'abondance modérée. Persistance d'un ictère franc

généralisé, malgré le bon fonctionnement du Kehr.

Réintervention le 17 mars 1969 : hématome sous-hépatique de 1 litre environ, dont les suites sont longues chez un malade peu coopérant et avec complication pariétale.

Décédé un an plus tard, dans un tableau ictérique avec métastase hépatique et poussée de polyglobulie à 8 500 000/mm³, coïncidant avec la reprise évolutive du cancer.

Obs. n° 12 - Mme SAU..., 77 ans

Symptomatologie :

Ictère isolé, d'apparition progressive deux mois plus tôt, s'accompagnant de prurit sans fièvre ni douleur, puis ayant rétro-cédé spontanément.

Récidive soudaine avec aggravation rapide de l'état général - hépatomégalie.

Terrain :

Hypertension artérielle et cachexie majeure.

C. R. O. :

Durée 2 h 30.

Ascite séro-sanglante, foie de cholostase et métastatique. Tumeur vésiculaire et du pédicule. Cholécystectomie - résection de la tumeur du hile et reconstruction de la voie biliaire principale sur Kehr - cholangiographie de contrôle par le drain : image "d'empreinte" sur la branche hépatique droite.

Suites opératoires :

Réintervention le soir même pour hémopéritoine.

Décédée quatre mois plus tard.

Obs. n° 13 - M. PRO..., 78 ans

Symptomatologie :

Ictère fébrile douloureux à rechute avec hépatomégalie et hyperamylasurie à 1 120 unités Wolgemuth.

Terrain :

Bronchitique chronique : déficit ventilatoire de 40 %, et volume résiduel augmenté de 30 %, l'équilibre acido-basique est à la limite de la normale ; artéritique.

Cancer de la prostate connu depuis 1 an 1/2 et traité par Distilbène.

C. R. O. :

19 septembre 1969, durée 2 h 30 : nombreuses adhérences, repérage du pédicule difficile. Cholédotomie pour extraire un calcul,

la papille est perméable à l'explorateur, la voie biliaire principale est radiologiquement perméable après mise en place du drain de Kehr.

Suites opératoires :

Encombrement pulmonaire au 5ème jour ; pneumothorax gauche au 11ème jour ; décédé le 4 octobre 1969.

Obs. n° 14 - Mme GUI..., 81 ans

Symptomatologie :

Ictère fébrile et douloureux, remontant à 1 mois avec hépatomégalie sans prurit. Perturbations biologiques hépatiques importantes.

Terrain :

Médiocre chez une malade deshydratée et asthénique.

C. R. O. :

Le 8 octobre 1969 :

1,5 litre d'ascite - vésicule calculeuse distendue présentant des nodules pariétaux et contenant de la bile blanche - pédicule très infiltré et cystique imperméable.

Simple aller et retour.

Suites opératoires :

Décédée 2 heures après l'intervention. Il n'y a pas eu de vérification.

Obs. n° 15 - Mme LAF..., 81 ans

Symptomatologie :

Ictère rétentionnel d'apparition progressive et remontant à 3 semaines sans rémission. Altération de l'état général importante - hépatomégalie et tests hépatiques globalement perturbés.

Terrain :

Diabétique.

C. R. O. :

Le 26 juillet 1967 :

Calculo-cancer vésiculaire étendu à tout le hile et avec métastases hépatiques - bile blanche à la ponction vésiculaire - cholécysto-jéjunostomie sur anse en "Y" trans-mésocolique.

Suites opératoires :

Décédée 10 jours plus tard.

Obs. n° 16 - Mme CHA..., 82 ans

Symptomatologie :

Colique hépatique accompagnée d'une subocclusion et défense de l'hypocondre droit.

3 calculs visibles sur cliché sans préparation de l'abdomen.

Terrain :

Mauvais, cachexie, deshydratation et sénilité majeure.

La malade *n'est pas opérée* en raison de l'amélioration sous traitement médical et du terrain.

Evolution :

Pour des raisons sociales, la malade est gardée dans le service et progressivement s'installe un état de déchéance psychique et physique déplorable ; en 1 mois, installation d'une démence sénile avec incontinence sphinctérienne totale.

La malade meurt 1 mois 1/2 après le début clinique.

Il s'agit ici de la seule observation d'un malade décédé sans avoir été opéré.

Obs. n° 17 - Mme PIC..., 82 ans

Symptomatologie :

Après un repas fait d'une choucroute... malaise lipothymique, puis état subcomateux et deshydratation conduisant à l'hospitalisation en service de médecine.

8 jours plus tard, syndrome occlusif fébrile avec douleur du flanc droit.

Terrain :

Démence sénile récente, depuis son hospitalisation en médecine.

C. R. O. :

Durée 45 mm sous valium :

Laparotomie exploratrice d'urgence : hydrocholécyste sur vésicule lithiasique, cholécystostomie sur Pezzer.

Suites opératoires :

Come vigil ; malade deshydratée et encombrée.

Surcharge veineuse accidentelle entraînant un oedème pulmonaire aigu : grâce au traitement dans un service de réanimation, amélioration seulement transitoire et décès au 5ème jour, d'encombrement bronchique incoercible.

Obs. n° 18 - Mme CRO..., 82 ans

Symptomatologie :

3 à 4 épisodes d'ictère fébrile, non douloureux en 4 mois ; hépatomégalie, phosphatases alcalines : 425 unités Bodanski,

bilirubinémie 77 mg/l.

Terrain :

Athéromatose, hypertension artérielle, état général médiocre : amaigrissement, anémie, hyperazotémie à 0,90 g/l, alcalose mixte à la gazométrie, spirométrie impossible à pratiquer chez cette malade sénile.

C. R. O. :

Le 12 décembre 1969 : vésicule non lithiasique ; radiomanométrie biliaire : résiduelle à 11 cm avec Wirsungographie ; cholédocotomie pour extraire un gros calcul - cholécystectomie, durée 1 h 30.

Suites opératoires :

Sur le plan abdominal, satisfaisantes, mais au 3ème jour, hémiplegie droite avec aphasie et décès dans le coma, au 18ème jour.

Obs. n° 19 - Mme VIL..., 84 ans

Symptomatologie :

Fièvre inexpliquée pendant plusieurs jours, suivie d'un ictère rétentif d'accentuation progressive. Hépatomégalie douloureuse et grosse vésicule palpable. Calcul vésiculaire sur cliché sans préparation de l'abdomen.

Terrain :

Hémiplegique, sénile.

C. R. O. :

Le 19 août 1969, durée 1 h 40 :

Enorme vésicule aubergine, cholédoque très dilaté, radiomanométrie biliaire : arrêt net au niveau du segment rétro-pancréatique du cholédoque.

Cholécystectomie et anastomose cholédoco-duodénale large de 3 cm.

Histologie : lithias vésiculaire, cholécystite chronique ; métastase dans la sous-séreuse de la vésicule d'un adéno-carcinome peut-être pancréatique.

Suites opératoires :

Immédiates simples, puis aggravation progressive de l'état général et décès le 2 septembre 1969.

A l'autopsie : cancer primitif de la tête du pancréas.

Obs. n° 20 - Mme CAR..., 84 ans.

Symptomatologie :

Syndrome douloureux abdominal d'apparition brutale,

apyrétique, avec défense sus-ombilicale et vomissements fréquents. Le transit est conservé.

Dans les antécédents, on note "douleurs abdominales" en 1962 avec radiographie négative, et gastralgies.

C. R. O. :

Durée 1 h 40.

Laparotomie d'urgence chez une malade qui présente un collapsus d'apparition brutale au début de l'intervention. L'ouverture du péritoine laisse voir un liquide un peu louche ; on ne retrouve qu'une vésicule très tendue, adhérente avec calcul dans le bassin.

Le cholédoque est normal.

Cholécystostomie sur Pezzer.

Décédée 2 heures après l'intervention.

Obs. n° 21 - Mme BOU..., 85 ans

Symptomatologie :

Lithiase biliaire connue depuis 20 ans. Depuis un an, épisodes récidivants de colique hépatique parfois ictériques ou fébriles.

L'examen radiologique confirme la lithiase vésiculaire et montre un cholédoque dilaté avec image de calcul vraisemblable du bas cholédoque.

Terrain :

Bon dans l'ensemble, en particulier cardio-respiratoire.

C. R. O. :

Excision d'une grosse vésicule.

La radiomanométrie semble montrer à la partie inférieure d'une voie biliaire principale dilatée une image de calcul.

L'exploration après cholédocotomie est négative et en particulier, la sonde de De BAKES passe très aisément dans la papille.

Mise en place d'un drain de Kehr.

Suites opératoires :

Immédiates très simples, levée dès le 1er jour, transit intestinal rétabli dès le 3ème jour, au soir duquel la malade décède subitement alors qu'elle était levée depuis 10 minutes. Embolie pulmonaire probable, mais non confirmée.

Obs. n° 22 - M. MER..., 87 ans.

Symptomatologie :

Depuis 2 ans, épisodes douloureux de l'hypocondre droit ; en avril 1966, violente crise douloureuse de même topographie avec défense, hyperleucocytose, pouls irrégulier et tension instable.

Terrain :

Malade très fatigué, bloc de branche droit et encombrement pulmonaire.

Intervention

Après 48 heures de préparation. Durée : 3 heures.

Cholécystite gangréneuse, vésicule non perforée. Voie biliaire principale libre et normale à la radiomanométrie.

Cholécystectomie. Il faut signaler un vomito-negro lors de l'intubation.

Suites opératoires :

Encombrement broncho-pulmonaire massif dès le réveil et décédé au 3ème jour d'un oedème pulmonaire aigu.

Obs. n° 23 - M. PRI..., 90 ans

Symptomatologie :

En 1961 : cholécystectomie et cholédocotomie pour lithiase vésiculaire et canalaire, par un autre chirurgien.

En 1968 : épisodes de douleurs épigastriques non étiquetées.

En octobre 1969 : nouvel épisode douloureux, fébrile et ictérique 8 jours plus tard, assez rapidement régressif ; lithiase du bas cholédoque.

Terrain :

Grande insuffisance respiratoire chez un ancien tuberculeux, bronchitique chronique, ayant eu une embolie pulmonaire en juillet 1969 ; déficit ventilatoire 60 %.

Volume résiduel augmenté de 15 %, insuffisant coronarien.

C. R. O. :

Le 22 décembre 1969, durée 2 heures.

La moitié de la vésicule est encore en place, distendue ainsi que le cystique et le cholédoque. Calcul enclavé dans l'ampoule de Vater. Sphinctérotomie d'extraction et cholécystostomie de drainage par sonde de Pezzer. Signalons que l'anesthésie fut ici, exceptionnellement péridurale.

Suites opératoires :

Transfert immédiat en réanimation respiratoire, mais décédé le 25 décembre 1969 d'insuffisance respiratoire aiguë confirmée à l'autopsie.

Au terme de l'exposé des 23 observations de nos malades décédés, nous regroupons les différentes causes de la mort :

Nous trouvons schématiquement :

- 3 accidents d'insuffisance respiratoire ;
- 1 oedème aigu du poumon ;
- 1 et peut-être 2 embolies pulmonaires ;
- 1 accident de Stokes Adams probable ;
- 3 accidents cérébro-méningés ;
- 1 erreur de réanimation chez une malade guère coopérante ;
- enfin, 12 décès de causes mal précisées.

Malheureusement, les causes des décès chez nos opérés n'ont pu être discernées avec la précision souhaitable.

Trop d'autopsies n'ont pu être pratiquées, en particulier, celles qui nous ont été refusées (opposition, article L 115, Nord-Africains).

Chacun sait qu'en l'absence de vérification anatomique, la cause réelle du décès échappe trop souvent.

Sur 23 décès, nous pouvons distinguer :

- 1 décès chez une femme de 82 ans non opérée ;
- 3 décès tardifs, au 4ème, 9ème et 12ème mois ;
- et 19 décès qui peuvent être considérés comme décès opératoires, survenus au cours des 3 premières semaines post-opératoires sauf 1, survenu à la 4ème semaine, soit sur 283 opérés : 6,71 %.

Enfin, sur ces 23 décès, 6 peuvent être considérés comme inévitables puisqu'ils surviennent chez des sujets porteurs d'un cancer inextirpé (obs. n° 5, n° 9, n° 11, n° 12, n° 15 et n° 19).

CONCLUSIONS

Au terme de cette analyse de 298 dossiers de malades porteurs d'une lithiase biliaire, dont 158 sujets âgés, il apparaît incontestable que le pronostic est plus lourd chez ces derniers malades que chez des adultes.

Mais notre étude nous a permis de préciser les choses, et de ne pas nous contenter d'une affirmation qui paraît évidente à première vue.

Le pronostic est plus sévère chez les sujets âgés pour de multiples facteurs qui ne sont pas toujours liés à l'âge en tant que tel.

- Nous avons vu que la maladie était d'autant plus grave qu'elle évoluait silencieusement ou bruyamment depuis plusieurs années car alors, la menace de migration canalaire devenait plus lourde. Et cette migration canalaire complique toujours l'acte opératoire, ne serait-ce que dans sa durée.

- La maladie est également plus grave chez le sujet âgé, car trop souvent, les malades ne viennent pas consulter ou ne sont pas adressés au chirurgien, ne serait-ce que pour avis, à temps. En raison de "mon âge", nous disent-ils.

Et souvent ces mêmes malades qui auraient pu bénéficier d'une intervention indispensable à froid et dans de bonnes conditions locales et générales, sont opérés pour une complication aiguë qui est la menace de toute lithiase.

Il nous semble que ce n'est pas au médecin de déconseiller l'intervention, à l'heure actuelle, mais à l'équipe chirurgicale constituée du chirurgien et du réanimateur qui connaissent au mieux les problèmes soulevés par la chirurgie gériatrique.

- Le terrain, ou âge physiologique, est une notion qui, comme nous l'avons déjà dit, doit supplanter le terme de "sujet âgé" lequel ne reflète qu'avec une grande imprécision la résistance générale.

L'altération du "terrain" augmente sensiblement le risque de tout acte chirurgical, quel que soit l'âge chronologique du futur opéré.

Il n'en reste pas moins que plus l'individu accumule d'années à sa vie, plus il expose son organisme aux multiples agressions internes et externes.

- Bon nombre de tares peuvent être, grâce aux progrès de la réanimation, contrôlées de telle sorte que l'agression chirurgicale n'entraîne pas de déséquilibre biologique et clinique irrécupérable. Mais ceci implique la nécessité d'une analyse viscérale soigneuse et complète, d'une bonne préparation à l'intervention et d'une surveillance attentive des suites opératoires.

Il existe toutefois une tare contre laquelle chirurgiens et réanimateurs restent désarmés, et qui est souvent chez le sujet âgé l'origine d'une évolution inexorable vers une issue fatale : nous voulons parler de la sénilité et de la perte du goût de vivre.

La mort guette, à l'affût de la moindre agression, tout individu qui ne lutte plus.

- Quant au risque chirurgical envisagé dans son ensemble, il ne peut et ne devrait logiquement s'évaluer que par opposition au risque d'un traitement médical ou d'une abstention thérapeutique et devrait donc se baser sur une analyse comparative à long terme de séries parfaitement homologues.

- Dans notre introduction, nous avons reposé la question de HOLLENDER et WEILL : "Doit-il y avoir une chirurgie biliaire particulière au sujet âgé ?"

On peut y répondre à l'issue de cette étude par la remarque interrogative d'ARIANOFF : "On se demande si l'on peut à l'heure actuelle, encore parler de chirurgie gériatrique ?"

Il nous semble qu'il n'y a pas de chirurgie ou de tactique pour l'adulte, s'opposant à une chirurgie ou tactique spéciales au sujet âgé.

Il ne peut et il ne doit y avoir qu'une chirurgie biliaire, et comme disait CHAMPEAU "il nous paraît essentiel de faire tout ce qui doit être fait en un temps et d'éviter à tout prix une réintervention".

L'indication opératoire mérite, pour nous, d'être envisagée quel que soit l'âge du sujet devant toute lithiase vésiculaire qui fait parler d'elle, et ceci d'autant plus si elle est faite de petits calculs prêts à la migration canalaire. Seules les lithiases vésiculaires silencieuses de découverte fortuite et

à gros calcul ne menaçant pas de migration, n'ont pas à être opérées, mais il faut aviser le malade des risques évolutifs et de leurs conséquences thérapeutiques.

Nous rappellerons pour conclure, les propos de notre Maître, le docteur MONOD-BROCA : "Si l'on pouvait renfermer les indications opératoires dans une formule, nous retiendrions celle-ci : il faut opérer les sujets âgés avec les mêmes indications que les sujets jeunes, mais il faut se méfier de la chirurgie chez les vieillards", et ceci, ajoute un humaniste, afin "de donner plus d'années à la vie et plus de vie aux années".

BIBLIOGRAPHIE

- ABELEND A. F. et coll. : Chirurgie des voies biliaires chez le vieillard.
Prensa med. argent., 1969, 56, 888-890
- ANTONENKOV G. M. : La cholécystectomie chez les malades âgés et séniles.
Khirurgia (Moscou), 1967, n° 3, 109-112
- ARIANOFF A. A., VIEILLE G., VAN REEPINGHAN P. et VIERLINCK : De la mortalité en chirurgie biliaire en fonction de l'âge.
Acta chir. belg., 1969, 68, 464-472
- BARR J. S. : Chirurgie de la vésicule biliaire chez le vieillard.
J. Mississippi State Med. Ass., 1961
in Intern. Surg. Dig., 1961, 70, 403-404
- CERIANI B. P. : La chirurgie hépato-biliaire d'urgence chez le vieillard.
Prensa med. argent., 1969, 56, 858-861
- CHAMPEAU M. : Aspects chirurgicaux de la lithiase biliaire du vieillard.
Presse méd., 1964, 72, 261-266
- CONDON R. E. et NYHUS L. M. : La cholécystostomie chez le vieillard.
Amer. J. Surg., 1960, 100, 544-550
- CORNET A. et GUERRE J. : La lithiase biliaire des gens âgés.
Presse méd., 1962, 2209-2211
- DOMINICIS C. F., VIAGGO J. A. et ACRI C. : Notre expérience sur la chirurgie des voies biliaires chez le vieillard.
Prensa med. argent., 1969, 56, 800-803
- FERRACANI R. S. : Chirurgie hépato-biliaire en gériatrie.
Prensa med. argent., 1960, 47, 2070-2076
- FERRACANI R. S. : La chirurgie hépato-biliaire chez le vieillard.
Prensa med. argent., 1969, 56, 798-799
- GIRARD M., COLLARD N. et PUTELAT R. : A propos d'un cas de lithiase cholédocienne obstructive évoluant depuis deux ans avec cirrhose cholostatique chez un sujet de 74 ans. Intervention. Guérison.
J. Méd. Lyon, 1956, 37, 81-82
- GLENN F. et HAYS D. M. : Le facteur âge dans le taux de mortalité des malades subissant une opération sur les voies biliaires.
Surg. Gyn. Obst., 1955, 100, 11-18
- GUFFANTI A. : Les interventions sur les voies biliaires, chez le vieillard.
Minerva med., 1956, 47, 1040-1042.
- HEIM U., LANZ R., NUSSBAUMER A., PETER M. A. et RAMSER O. : Chirurgie des voies biliaires chez le vieillard.
Praxis, 1970, 59, 199-200.
- HOLLENDER L. F., ADLOFF M., WEILL D. et SANTIZO G. : La chirurgie des voies biliaires chez le grand vieillard.
Arch. Mal. App. dig., 1966, 55, 258
- HOLLENDER L. F. et WEILL D. : Réflexions sur la chirurgie de la lithiase biliaire chez les sujets âgés de plus de 75 ans.
Lyon chir., 1967, 63, 228-236

- IBACH J. R. Jr, HUME H. A. et ERS W. H. : Cholécystectomie chez le vieillard.
Surg. Gyn. Obst., 1968, 126, 523-428
- IGNATIUS J. A. et MADDING G. F. : La chirurgie des voies biliaires chez le
vieillard.
Gastroenterol., 1958, 34, 694-699
- LACOMBE M. : Géroto-chirurgie.
Ann. Chir., 1962, 16, 65-81
- LAWRENCE K. B., MERRIL K. Jr et ARNOLD G. : Chirurgie des voies biliaires
chez le malade âgé.
Arch. Surg., 1953, 67, 92-99
- LIDSKY A. T. : La cholélithiase en tant que problème de gérontologie et de
gériatrie.
Khirurguia (Moscou), 1968, n° 8, 32-36
- MAARIQUE J., MASLO P. et YRBAS O. : Cholécystite aiguë chez les vieillards
Prensa med. argent., 1969, 56, 828-831
- MANIGAND G., PAILLAS J., DEMUTH L., TESTAS P. et DEPARIS M. : Polyglobulie
et cancer de la vésicule biliaire.
Presse Méd., 1971, 71, 3-6
- MARRIQ J. : A propos de 16 observations de sujets âgés opérés pour cholécystites
lithiasiques.
Rev. franç. Géront., 1969, 15, 167-171
- MAUR M., CAFFARELLO J. et KESNER L. F. : Chirurgie des voies biliaires chez
le vieillard.
Prensa med. argent., 1969, 56, 782-785
- MONOD-BROCA P., TESTAS P. et COHEN R. : Résultats immédiats et lointains de
33 interventions sur le sphincter d'Oddi au cours de la lithiase biliaire.
Ann. chir., 1966, n° 11-12, 773-779
- MONOD-BROCA P. : Les pièges de la chirurgie d'urgence chez les vieillards.
Rev. franç. Géront., 1968, 14, n° 5
- MONOD-BROCA P. et LESOURD G. : Plaidoyer contre l'antibiothérapie systématique
dite "de couverture" en chirurgie abdomino-pelvienne courante.
Ouest méd., 1968, 21, 92-101
- MONOD-BROCA P. : La chirurgie du vieillard.
"Les cahiers Baillière".
- MONOD-BROCA P. et TESTAS P. : La chirurgie chez les vieillards.
Presse méd., 1966, 74, 599-603
- MONOD-BROCA P. : Possibilités et limites de la chirurgie du vieillard.
Cah. Coll. Méd., 1969, 10, 1493-1497
- MONSAINGEON A., FLORENT et GRUNER M. : La chirurgie du vieillard.
Mémoire Acad. Chir., 1965, 91, 1031-1042
- MOREAUX J. et DUFOUR P. : La lithiase de la voie biliaire principale chez les
sujets âgés. Mortalité opératoire et choix de l'intervention.
Ann. Chir., 1966, 20, C 353-C 356

- MORONI J. M. et coll. : Traitement chirurgical de la lithiase biliaire chez le vieillard.
Prensa med. argent., 1969, 56, 776-778
- PETER Y. et coll. : La chirurgie biliaire chez le vieillard.
Méd. Hyg., 1969, 27, 1315
- POUYET M. : La chirurgie de la lithiase du cholédoque chez le vieillard.
Colloques hépato-gastro-entérol. Hôpital Croix-Rousse
in J. Méd. Lyon, 1967, n° 1133, 1901-1902
- ROSS F. P. et HICKOK D. F. : La chirurgie de la hernie et de la vésicule biliaire chez les malades de plus de 60 ans.
New Engl. J. Med., 1960, 262, 501-505
- ROTTJER E. A. et POTENTE V. : La chirurgie biliaire chez le vieillard.
Semana med., 1960, 67, 176-178
- SALEMBIER Y. : Statistique homogène de quatre années de chirurgie biliaire chez des sujets âgés.
Acta gastro-enterol. belg., 1968, 31, 28-36
- SAPISOCHIN A., SCHIEPPATI E., CHERJOVSKY R., BUMASCHNY E. et GUNNING J. C. :
La chirurgie biliaire chez le vieillard. A propos de 100 opérations.
Prensa med. argent., 1969, 56, 1074-1079
- SHELBY E. A. et LORHAN P. H. : L'âge comme facteur de mortalité après cholécystectomie.
Current res. Anesth., 1968, 47, 733-736
- TIBAUDIN H., PADORNO M. R., ECHENIQUE J. et DIAZ FERNANDEZ J. : Chirurgie des voies biliaires chez le vieillard.
Prensa med. argent., 1969, 56, 991-993
- WADE T. E. : Le traitement chirurgical des voies biliaires : l'âge, facteur de mortalité.
J. Intern. Coll. Surgeons, 1960, 33, 509-512
- YAVICOLI O. A., BILENCA O. L., LIBENO M., ROCCATOGLIANA O. J. L. : Chirurgie hépato-bilio-pancréatique chez les sujets âgés.
Prensa méd. argent., 1969, 56, 912-915
- ZIEROLD A. A. et MOOS D. J. : Une méthode de cholécystectomie pour malades âgés.
Surgery, 1966, 60, 511-516

